LA GRIPE

(NATURALEZA, FORMAS Y TRATAMIENTO)

POR EL

DR. JOAQUÍN TEIXIDOR Y SUÑOL

Médico de la Beneficencia Municipal de Barcelona; ex-alumno interno por oposición del Hospital de la Santa Cruz y de las Clínicas de la Casa Provincial de Caridad; individuo correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirujía de Barcelona y de la Sociedad Española de Higiene; socio de mérito del Instituto Médico Valenciano; premiado por estas Corporaciones, por la Facultad de Medicina de Barcelona y por la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña.

Concours de l'Académie de Médecine
Prix Alvarenga. 1899.

BARCELONA, SAN MARTÍN DE PROVENSALS

ESTABLECIMIENTO TIPOGRAFICO DE JUAN TORRENTS Y CORAL
Calle del Triunfo, número 4.
1899.

LA GRIPE

(NATURALEZA, FORMAS Y TRATAMIENTO)

LA GRIPE

(NATURALEZA, FORMAS Y TRATAMIENTO)

POR EL

DR. JOAQUÍN TEIXIDOR Y SUÑOL

Médico de la Beneficencia Municipal de Barcelona; ex-alumno interno por oposición del Hospital de la Santa Cruz y de las Clínicas de la Casa Provincial de Caridad; individuo correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirujía de Barcelona y de la Sociedad Española de Higiene; socio de mérito del Instituto Médico Valenciano; premiado por estas Corporaciones, por la Facultad de Medicina de Barcelona y por la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña.



BARCELONA, SAN MARTÍN DE PROVENSALS

ESTABLECIMIENTO TIPOGRAFICO DE JUAN TORRENTS Y CORAL

Calle del Triunfo, número 4.

1899.

LA GRIPE

(NATURALEZA, FORMAS Y TRATAMIENTO)

NOTA PRELIMINAR

El *Instituto Médico Valenciano* abrió en 1892 un concurso para premiar el mejor trabajo sobre la gripe. Con lo que había leido y con lo que pude observar en la epidemia de 1889-90, escribí una *memoria* que, remitida á dicho concurso, fué la única laureada. A los pocos meses inserté la parte clínica en la revista profesional *La Independencia médica* y lo referente á las otras dos secciones (naturaleza y tratamiento), de las tres en que estaba dividido dicho estudio, ha permanecido inédito hasta ahora en que lo publico en este folleto.

Poco he modificado de lo que escribí hace seis años relativo á los experimentos de Pfeiffer, Kitasato y Canon acerca el microbio de la gripe; experimentos que ya se relataron en aquel trabajo, aunque entonces no se tenía la seguridad, como se tiene ahora, de que fuese tal microbio el agente patógeno de esta dolencia. De consiguiente, lo que en aquella época era duda ó suposición, es hoy certeza y realidad: por esto he suprimido algo que si allí era oportuno, sería en la actualidad completamente supérfluo.

En la parte clínica, en el estudio de las formas de la gripe, he añadido bastante, porque mucho desde 1892 se ha publicado y mucho he tenido ocasión de observar en las epidemias sucesivas que casi cada año se han desarrollado desde la famosa pandemia del invierno de 1889-90.

Como las bases en que descansa el tratamiento de la gripe no han cambiado, pues son, como eran ayer y serán mañana, las generales de todo proceso infectivo agudo, lo que escribiera entonces tiene hoy la misma razón de ser. En el hombre no se ha tanteado en esta enfermedad como en otras de la misma índole, la aplicación de procedimientos terapéuticos basados en los estudios modernos de toxino-terapia, que tan buenos resultados han dado en la difteria y también, al parecer, en la peste de Calcuta y Bombay. Solo en el laboratorio se ha hecho algo en este sentido que no ha trascendido á la clínica. Continuamos con los mismos medios acoterápicos, los cuales, si de suma é innegable eficacia son en múltiples enfermedades, no dejan de serlo menos en ésta, en la cual la oportunidad es, en la mayoría de ocasiones, origen seguro de éxito.

Así es que el plan general seguido en la memoria que fué premiada, es el que sigo en esta publicación.

Estoy persuadido que no dije ni diré nada nuevo de lo que debe saber todo médico que esté al corriente del progreso de la Medicina; pero si no tiene otro valor este trabajo, tenga cuando menos el mérito de ser una condensación ó compendio de cuanto es propio de la enfermedad proteiforme denominada gripe.

Y como tributo de consideración y afecto á mis maestros, á mis condiscípulos, algunos de los cuales ya son distinguidos catedráticos, y á mis conprofesores y amigos, lo he dado á la estampa. Si alguna utilidad reportan de él, por mínima que sea, ó si, cuando menos, no lo asemejan á tantos otros que después de haber sido hojeados pasan al montón del olvido, quedarán satisfechos mis desvelos y cumplida mi voluntad.

JOAQUÍN TEIXIDOR SUÑOL.

Barcelona, Enero de 1899.

(Acequia Condal, 13. San Martín de Provensals. Barcelona).

Definición y Sinonimia de la gripe

¿Qué es la gripe? Con la sola definición no es posible conocer á dicha enfermedad; se podrá tener una idea sintética de ella, pero no distinguirla clínicamente. Agrupando sus elementos constitutivos puede definirse de la siguiente manera:

Es enfermedad contagiosa (microbiana) é infectiva, que puede presentarse en toda época y en todo sitio y atacar á todos los individuos; que se manifiesta con síntomas generales y localizados, afectando éstos comunmente el aparato respiratorio, si bien pueden observarse en el aparato digestivo y en el sistema nervioso; de duración variable, desde dos ó tres días á tres ó cuatro semanas y especialmente si sobreviene complicación, en cuyo caso puede existir nuevo proceso infectivo debido á haber desarrollado acción patógena algún otro parásito microscópico, habitual ó no en nuestro organismo.

Diversas denominaciones ha recibido esta enfermedad. El nombre más común y aceptado científicamente, es el de *gripe,* palabra de origen francés y que según alguna opinión fué aplicada por Luís XV en 1743 (1). En Italia se conoce con el nombre de *influenza;* en español con el de *trancazo* y durante la epidemia de 1857 se llamó burlescamente *Don Simón;* en Cataluña se ha denominado *passa,* que, en general, significa epidemia, habiéndose apelado *catarro* la de 1580; en Viena la de 1782 se denominó *blitz-catarrhe* (catarro relámpago) por su rapidez en propagarse; en antiguo francés se cita con los nombres de *tac, horión* (1404 y 1414) y *dando* (1427) (2); Sauvages la llamó *catarro epidémico* y los ingleses *breac-bones* (quebranta huesos).

Equivocadamente ha recibido la gripe otra denominación: la de *dengue.* Este es el nombre que más se popularizó en España durante la epidemia de 1889-90. Y lo sensible es que fueron los médicos quienes propalaron esta palabra por no saber cuán distintas son ambas enfermedades; la una, el dengue, propia de los países tropicales, solo en Europa ha invadido á Cadiz en 1780; y la otra, la gripe, goza de un poder de difusión extraordinario, pudiendo desarrollarse en todo país, en todo clima y en toda latitud. Ya veremos en el diagnóstico diferencial cuáles son sus caracteres distintivos.

---

(1) *Grippe.* Tirria, prevención, empeño contra alguno; manía, hipo, pasión, prurito, capricho, gusto decidido por alguna cosa; catarro pulmonar epidémico. Deriva de *Gripper,* verbo activo, que tiene varios significados: agarrar, echar la garfa, hablando de gatos ú otros animales con garras; atrapar rateramente, pillar, agarrar; tomar manía contra alguna persona por pura antipatía; acatarrarse.—Y atendiendo que en francés se pronuncia *gripe y gripé,* ¿porqué en español no hemos de escribir *gripe?* Para que sea más eufónico el vocablo francés *grippe,* empleo en todo este trabajo la palabra *gripe,* de más facil pronunciación y más agradable sonido.

(2) *Tac.* Morriña del ganado lanar; usagre de los perros. Del latin *tactus,* lepra del ganado. —*Horión.* Puñetazo. Este calificativo tal vez se referirá á la manera brusca con que suele invadir la gripe.

NATURALEZA DE LA GRIPE

CAPÍTULO I.—Los agentes exteriores y la gripe

I. Influencia atribuida á los astros; origen del nombre *influenza* que se ha dado á la gripe.— II. Diversos estados de la atmósfera: 1.° Electricidad atmosférica; ozono. 2.° Descenso térmico brusco. 3.° Frío húmedo. 4.° Movimiento de las capas atmosféricas. 5.° Estación; lluvias; nieblas; etc. 6.° Auroras boreales y erupciones volcánicas. 7.° Excavaciones.—III. Condiciones atmosféricas que se observaron durante la epidemia de gripe de 1889-90; poco valor de los cambios meteorológicos en el origen de la gripe.

I. Como en todas las enfermedades que en su aparición abarcan grande superficie del globo y por ende atacan á millares de individuos, se ha visto en la gripe origen sobrenatural. Si al estar enfermo un solo individuo el vulgo atribuye á veces su mal á la cólera divina ó al poder misterioso de los maleficios, ¿cómo no ha de considerar cosa anómala y extra-humana la causa de aquel estado morboso que invade todo el orbe y ataca á millones de seres sin respetar pueblos, razas, ni edades?

No solo en ésta, sino en todas las enfermedades epidémicas se ha visto la influencia de los astros. La ciencia y la religión del hombre primitivo han sido una sola cosa. Todos los conocimientos de los primeros pueblos se ven en su religión y todas sus ideas religiosas son la exposición clara de su saber. Limitándome á la presente cuestión puedo recordar á los fundadores de la astrología, los caldeos, que hicieron de los astros poderes vivos que influían directamente en la vida humana y en los grandes acontecimientos históricos, viniendo de su influjo y poder el bién y el mal, la salud y la enfermedad. Y los sacerdotes de sus templos, como más tarde sucedió lo propio en Egipto, Grecia y Roma, si en algo aumentaron sus conocimientos, no los apartaron de la fábula y de la superstición.

En la edad media siguieron dominando estas ideas. Un hombre excéntrico, innovador y fundador de la que ha sido la verdadera química, llamado Paracelso, que dióse á conocer quemando las obras de Galeno, rechazó como causas de las enfermedades los elementos y los estados de los humores, como venía creyéndose según Hipócrates y Galeno. Sostuvo que son otras las causas morbosas: la principal es el *ens astrorum,* influencia de las constelaciones, las cuales dividió en unas que sulfuran y en otras que dan propiedades arsenicales, salinas ó mercuriales al *gran mar,* ó sea al aire, por medio de cuyas alteraciones actúan sobre el cuerpo. Las entidades astrales arsenicales ó relgáricas obran sobre la sangre, las mercuriales sobre la cabeza y las salinas sobre los huesos y los vasos.

En todas las enfermedades epidémicas vióse la preponderancia suprema de los astros y en algunas ocasiones se consideraron castigo del cielo ó de los dioses. De ahí se origina el nombre de *influenza,* ó *influencia* como diríamos en español, con que los italianos bautizaron las epidemias de gripe; palabra que

quiere probar que la acción astral puede ser morbosa sobre el hombre, como un algo, como una cosa *inviata da qualche soffio degli astri,* según expresión de un médico italiano.

Como palabra popular se ignora la fecha en que fué introducida en el lenguaje médico, pues De la Valle supone lo fué en el siglo XVII con motivo de las epidemias de 1658 y 1675; para otros en el siglo próximo pasado, fijando Niemeyer la epidemia del año 1732, Carageorgiades la de 1741, y Huxham refiere que la fiebre observada por él en 1743 parece ser aquella *quæ per totam Europam sub nomine influenza grassata est;* mientras Andral cuenta que en París no cundió el nombre de influenza hasta 1775. De todos modos es palabra que se ha hecho popular y tal valor ha adquirido que puede considerarse sinónima de gripe. Si primeramente se ofreció como cosa extra-natural, hoy, despojándola de esta aureola, sirve muy bién para representar la invasión extensa, el conjunto avasallador, rápido y general con que se ofrecen las epidemias de gripe; en términos que el Dr. De la Valle opina que puede expresar esta palabra algo fluído, fugaz ó ligero.

II. Dejando, pues, á un lado la influencia sideral que no da cuenta de la naturaleza de esta enfermedad, me fijaré en el papel que representan en ella los diversos estados de la atmósfera, los cuales también desde remota fecha han servido de explicación de la invasión gripal, ya suponiéndola debida á la persistencia de temperatura fría y seca ó fría y húmeda, ó al exceso de ozono, ó á la variabilidad en las corrientes de aire; en una palabra: á circunstancias y condiciones las más opuestas y variadas capaces para dar pié á todas las hipótesis.

Dice á este propósito el profesor Fuster, de Montpeller, en su *Monografía clínica de la afección catarral* (1861) al hablar de la *gripe* ó *influenza:* «A creer en esta etiología todos los estados sensibles del aire tendrían el poder de engendrar aquellas epidemias, prueba evidente de que ninguno de estos estados posee la virtud que se les ha atribuído.» En efecto «en 1557 hubo nieblas espesas y fétidas, grandes lluvias, calores secos, intensos y en fin un viento frío del Septentrión. En 1580 la constitución fué austral y nebulosa; hubo alternativas de humedad y sequedad, de calor y de frío, con predominio de los vientos del Sud. En 1555 la epidemia catarral se atribuyó á la humedad fría; en 1558 al calor seco; en 1570 á un viento del Norte prolongado; en 1590 á lluvias continuas, inundaciones considerables y fuertes calores. En Inglaterra un calor excesivo precedió á la gripe de 1762 y un frío no menos excesivo, á la de 1767. En 1803 se atribuyó á un largo estío ardiente y seco, seguido de un otoño húmedo y frío y á un invierno seco muy frío; en 1837 á un invierno frío y húmedo. Las otras epidemias de esta clase, sin exceptuar las más recientes, se han atribuído igualmente por observadores muy recomendables á cualidades atmosféricas diferentes ú opuestas.»

De ahí que haya habido motivo para explicar de diversa manera la causa de la gripe fundándose en el predominio, exceso ó disminución de cualquiera de los elementos que constituyen la atmósfera ó en el cambio de alguna de sus cualidades. Por esto se ha atribuido á la electricidad que obra mediante la producción de ozono (Bordier, Bæckel), á los descensos términos bruscos, al frío húmedo (Fazio), á las corrientes de aire, á la tranquilidad y reposo de la atmósfera (Descroix), etc., etc.

1.° Bordier en su tratado de *Geographie médicale* (1884) incluye la gripe en las enfermedades provocadas por la acción de la electricidad atmosférica, electricidad que obra modificando el estado atómico del oxígeno convirtiéndolo en ozono, cuya fórmula es O^3. La influenza ó gripe es enfermedad que para él no debe entrar «en el cuadro cada día más dilatado de las enfermedades infecciosas contagiosas, producidas por un microbio...; parece ser una enfermedad de orden cósmico, ligada á la presencia, á la falta ó á las variaciones en cualquier sentido, de uno de los principios del medio atmosférico; faltos de otro mejor consi-

deramos ser ese principio el ozono, porque en 1847, Spengler, en Roggedorf, ha comprobado la coincidencia de la gripe con un exceso de ozono y Schœnbein ha visto lo mismo en Berlin; el doctor Granara ha hecho igual observación en 1858 en Génova, y también en este año y en 1857 se comprobó lo propio en Francia.» Y añade á lo anterior: «Estas variaciones en la cantidad de ozono parecen estar en relación con cambios bruscos en la temperatura.» Y según dice Fazio en su *Trattato di climatologia* (p. 176) Clemens en Francfort, Bœckel y Scoutteten en Estrasburgo, Polli en Milán y Delle Chiaia y Cappa en Nápoles, hicieron idénticas observaciones.

Los estudios de reputados químicos y fisiólogos hacían buena la hipótesis de que el ozono puede producir la gripe. En efecto, Buchheim refiere que el ozono determina acción oxidante sobre los elementos de la mucosa respiratoria, originando una fuerte inflamación, y Schœnbein ha visto poniendo animales en una atmósfera ozonizada, que con esta flógosis de la mucosa nasal y bronquial vienen estornudos, tos, aceleración de los actos respiratorios y de la circulación; aparecen disnea, espuma bronquial, enfisema, convulsiones generales; la sangre se hipercarboniza y al fin sobreviene la muerte. En los animales sometidos á la respiración de una atmósfera ozonizada debajo de una campana de cristal, se observó que la proporción de una milésima de ozono puede matar á un sapo y de dos milésimas á un perro; pero Zinno opina que tan insignificante fracción no es suficiente, pués ha podido sostener largo tiempo un cúriel en una atmósfera de cuatro milésimas de ozono y por esto dice que deben contarse como nocivos los productos expirados por el mismo animal. Esta acción irritante del ozono sobre las vias respiratorias, comprobada en los laboratorios, inclinó á los fisiopatólogos á pensar que el exceso de ozono en la atmósfera es la causa de la gripe. Por eso el resultado obtenido por aquellos experimentadores hizo arraigar la mentada opinión.

El inglés Barlow (*Journal of Anat. and Physiol.*, 1879) ha querido por su parte practicar muchos experimentos para deducir si existe relación entre la presencia exagerada del ozono en el aire y la aparición de epidemias catarrales (gripe) y también entre la disminución y desarrollo del cólera. Sus resultados son los siguientes: el ozono deprime el sistema nervioso, probablemente de un modo secundario, porque aumenta la cantidad de anhídrido carbónico en la sangre, pues disminuye el volúmen de este gas expirado, así como la absorción de O. Estos cambios los atribuye Barlow á la acción local del ozono sobre la mucosa bronquial; se acompañan de disminución de la respiración y circulación y si el ozono está en cantidad algo considerable puede determinar la muerte por asfixia.—Si las proporciones son más débiles la muerte puede ser producida por bronquitis, la cual sobreviene haciendo respirar durante una hora la mezcla de una parte de ozono y 100 de aire; además opina, según de sus experimentos ha deducido, que el ozono no penetra en el círculo sanguíneo. —Estos datos permiten muy bien suponer, dice Barlow, que las epidemias catarrales pueden depender del exceso de ozono contenido en la atmósfera; pero no siendo posible fijar la cantidad normal de ese gas (estado alotrópico del oxígeno) contenido en el aire, tampoco podrá deducirse la relación que existe entre él y la gripe.

En cambio, en el cólera de 1866-67 el Padre Denza en Moncalieri, Palmieri en Nápoles, Pornissetti en Alejandría, Paganuzzi en Venecia y Cacciatore en Palermo; Bœckel, en el de 1854-55, en Estrasburgo, Wolff en Berna, Hunt en Londres, Verigny en Versalles, Silbermann y Tamin-Despalles en París, observaron que disminuyó el ozono durante la epidemia, para aumentar cuando se extinguió; dicha disminución según el Padre Denza correspondió á la de la electricidad atmosférica.

De modo que son paralelas las proporciones entre el ozono y la electricidad de la atmósfera.

Pero también existe relación con el descenso térmico; ya hemos visto que

Bordier dice que la cantidad de ozono varía con los cambios de temperatura; en efecto, Bœckel, hijo, con estadísticas recojidas en el hospital de Estrasburgo, formula las siguientes conclusiones, que tienen grande importancia para este asunto: 1.º El número de enfermedades pulmonales y defunciones subsiguientes, está en razón directa del ozono é inversa de la temperatura. Cuando hay mucho ozono en el aire y al mismo tiempo la temperatura es baja, el número de afecciones pulmonales es grande y la mortalidad que subsigue considerable. Si hay poco ozono en la atmósfera y la temperatura es alta, las pulmonías y las defunciones alcanzan el mínimo. 2.º Cuando existe mucho ozono en el aire y la temperatura es elevada, el número de las enfermedades de las vías respiratorias no se aleja de la media, aunque la mortalidad sobrepase esta cifra. Si hay poco ozono en el aire y la temperatura es baja, el número de afectos pulmonales se aproxima á la media y hasta á veces es menor y las defunciones son muy inferiores á ella. 3.º Concluye, además, el Dr. Bœckel, que de las causas externas que producen afecciones respiratorias es el ozono la más notable y la temperatura viene en segundo lugar; reconoce también que ciertos vientos, en especial el NE., son más peligrosos que el mismo ozono.

El ozono en el aire obra como desinfectante; por esto Mantegazza ha dicho que es el más potente destructor de los miasmas pútridos y Day que posee acción descomponente sobre todas las substancias animales y vejetales putrescibles, reduciéndolas á elementos inócuos. Una corriente de ozono pasando á través de sangre negra y putrefacta cambia instantáneamente sus condiciones: toma color rojo y adquiere otra vez la propiedad de coagularse. Schœnbein y Scoutetten han visto que destruye el mal olor de carne corrompida y Schroder ha observado que un huevo puede permanecer 30 días sin podrirse en aire fuertemente ozonizado. Y expongo estos hechos relativos á la propiedad antiséptica del ozono, por la relación que pueda haber entre ella y la causa determinante de la gripe, porque si esta dolencia no fuese producida por la acción flogoseante tópica del ozono sobre el tubo tráqueo-brónquico, como se ha dicho por algunos, y se considerase debida á un agente microscópico, no podría armonizarse la vida de éste con el exceso de aquél, sopena que se admitiera inocuidad de dicho gas para tal micro-organismo, como lo propio debiera suceder con el pneumo-coco, pués según se desprenden de las estadísticas de Bœckel, cuyas conclusiones anteriormente he transcrito, existirían más afecciones pulmonales agudas siendo mayor la cantidad de ozono atmosférico.

Hay autores de notoria fama como son los profesores Eichhorst, Laveran y Teissier que no creen que el ozono influya en la producción de la bronquitis que caracteriza la gripe; además Walshe en su *Tratado clínico de enfermedades del pecho* escribe que la relación de la gripe con un estado eléctrico particular, está menos aceptada de lo que se supuso al principio, y es más que dudoso que el ozono sea realmente la causa provocadora de aquella enfermedad. Para el Dr. Mackenzie, la condensación del oxígeno ó sea el exceso de este gas componente del aire y la presencia intermitente del ozono, dan lugar á sin número de afectos respiratorios que ni son contagiosos ni realmente epidémicos. Luego de esto se desprende, que si algo puede producir el ozono, son flógosis tráqueo-brónquicas, que constituirían, todo lo más, solo una variedad de la gripe ó sea una de sus formas, que, como veremos, es quizá la menos preponderante, y de ninguna manera la inmensa variedad de desórdenes propia de esta enfermedad, pues no se han observado en la fenomenología de las acciones fisiológica ó tóxica del ozono.

2.º Si nos fijamos en otra causa considerada como productora de gripe, que es el descenso térmico brusco, surgen enseguida hechos que la rechazan. El célebre Sydenham escribió respecto la epidemia de 1675: «Quotempore, quæ eo usque, tepida atque instar æstatis placida fuit tempestas, de repente in frigidam humidamque est mutata, unde etiam catharri et tusses increbuere magis quam alis ullo, quod memini.» Y en cambio en la historia de las epidemias de Ozanam

se cita el hecho de que en San Petersburgo en 1782 el termómetro Fahrenheit que marcaba — 35°, se elevó de súbito á + 5° y en el mismo día enfermaron 40.000 personas.

3.° La acción del frío húmedo que varios autores consideran causa de la gripe, no es exclusiva. Lo pensó Andral hace muchos años y lo ha sostenido el profesor Fazio de Nápoles para la epidemia de 1889-90. Cítase que lluvias en épocas de frío han precedido á las epidemias de 1675 y 1729. Muchas, sin embargo, hánse desarrollado en época de sequía, y más bien con temperatura suave y benigna que con temperatura fría. Tampoco todas se han visto en invierno, pues 56 epidemias se descomponen de la siguiente manera respecto á la estación en que se ofrecieron: 22 en invierno, 11 en otoño, 12 en primavera, 5 en verano y 6 en varias estaciones. Ibo Novi entre 35 epidemias ha encontrado que 20 comenzaron en invierno ó principio de la primavera, 9 en estío y 6 en otoño. —De modo que el enfriamiento no tiene acción absoluta y fija. Se ha observado además que cuando el frío y la humedad han sucedido á *una estación cálida y seca* la epidemia ha sido más intensa. Didier en su tésis para el doctorado (1892) que versa sobre la gripe, sostiene que las causas atmosféricas que favorecen su desarrollo son la presión barométrica inferior á la media y sugeta á bruscas y frecuentes variaciones, temperatura que se sostenga algunos grados sobre cero, acompañada de pequeñas escarchas nocturnas y sobre todo de frecuentes deshielos, un estado higrométrico superior á 0'80 y rayano á 1, nieblas espesas, tiempo cubierto que impida la radiación solar, lluvias frecuentes, inundaciones y vientos de S. y de E.

4.° Viene después el movimiento de las capas atmosféricas. Bouchard creyó en la influencia de la tranquilidad de la atmósfera durante el invierno de 1889, como causa de la epidemia de 1889-90; pero quien con mayor tenacidad sostuvo esta hipótesis fué el Dr. Descroix. Para él la citada pandemia se debió á la calma atmosférica del otoño é invierno de aquel año, y formula esta teoría: habiendo poca ventilación y poca renovación del aire le falta oxígeno procedente del océano, oxígeno que evita el desarrollo de gérmenes nocivos que se producen donde hayaglomeración de hombres. En casos semejantes sucede que si el mal es endémico, los gérmenes se desarrollan y multiplican hasta producir epidemia; pero si el mal procede de otro sitio encuentra organismos debilitados por la respiración de aire poco oxigenado y viciado y dispuestos, por lo tanto, para adquirir la enfermedad. Willis también atribuyó á la calma atmosférica la gripe de 1658 y Peppys la de 1664. Contra las observaciones citadas hay las de que varias epidemias se han atribuido al poder rápido de propagación á luengas distancias de la enfermedad. Por esto Juvenal de los Ursinos dijo que las epidemias de París de 1404 y 1414 se debieron á «un vent merveilleux, puant et tout plein de froidures» que sopló en Febrero y Marzo. Nótese que esta hipótesis de transmisión gripal debida á la falta de O, es contraria de la primera ó de exceso de ozono.

Así se comprende que no es posible saber, entre los expuestos fenómenos, el que sea causa de la gripe. Si estudiamos otras circunstancias exteriores que concurrieron con la presentación de varias epidemias, quizá por la ley del número podamos sacar alguna conclusión que de idea, sino exacta, aproximada, de la naturaleza de la citada enfermedad.

5.° Podría creerse que la temperatura influye en la presentación de ella cuando se observase especialmente en invierno; pero no es raro hallar en la historia de las epidemias de gripe varias que se ofrecieron en verano, como ya anteriormente he indicado. En Junio de 1580 evolucionaba la gripe en Holanda, Bélgica, Portugal y España (en Agosto se padeció en Barcelona.) En Enero de 1730 existía en Vera-Cruz (verano) coetáneamente con Nápoles y España; la de 1780 se observó en Milán y Turín durante la primavera. En ocasión que se desarrollaba en Barcelona la epidemia de 1580, á mitad de Agosto, reinaba *una constelación de aire caliente*, según publicó Pedro JuanCosmes en una obra

titulada *Llibre de algunes coses assenyalades...* (1583). Un hecho que demuestra la independencia de la gripe respecto de la temperatura es el de que varías epidemias, al mismo tiempo que ganaban en extensión con la venida de los calores, se propagaban hacia las partes meridionales de Europa. La epidemia de 1729 á 1730, por ejemplo, venida del Norte, donde empezó durante el invierno, existía en Nápoles, Sicilia y España durante la primavera. La epidemia de 1762, que azotaba Alemania é Inglaterra en la primavera, invadió el Mediodía de Francia durante el verano.

La variación atmosférica ó térmica que pareció favorecer una epidemia, obró en sentido contrario en otra.

La temperatura de otoño redobló la epidemia de 1580, que el invierno también exasperó á orillas del mar Báltico. Un frío riguroso de 15 dias hizo cesar en Siberia la gripe de 1702. La epidemia de 1780 se desarrolló intensamente en París después de una niebla glacial en 1.º de Enero. En Venecia se declaró la enfermedad en 1782 después de un rápido descenso del termómetro y en cambio la epidemia de San Petersburgo en 1782 y la de Viena en 1788, sucedieron las invasiones á la elevación extraordinaria de temperatura. Los hielos sostenidos de 1803 detuvieron momentáneamente en París el curso del catarro epidémico. Cinco epidemias fueron precedidas de nieblas intensas y cuatro de grandes nevascas. La epidemia de 1847 se desarrolló en San Petersburgo, según refirió el difunto Dr. Eck, con las siguientes condiciones meteorológicas. Apareció en Kozan en la primera mitad de Febrero y los primeros casos que se observaron en San Petersburgo, ocurrieron á principios de Marzo con tiempo caluroso y cielo claro. La enfermedad tomó caracter epidémico el 23 de Marzo, día de Pascua. Aquel día hacía un viento extraordinariamente frío, nevó y descendió el termómetro á —15° por la noche. La epidemia llegó á su apogeo en 10 dias, después de los cuales empezó á declinar, hasta que desapareció el 20 de Abril. Durante este tiempo se observó: el día 2 de Abril deshielo de las heladas de últimos de Marzo; el 13 nevó; el 20 hizo calor; el 23 se deshelό el Neva; el 26 y 27 se sintió aire caliente como en el verano y el 28 otra vez frío que produjo hielos que continuaron hasta el mes de Mayo.—En Dublin en 1837 se desarrolló con cielo claro y temperatura suave.

6.º Se han visto después de auroras boreales en 1733 y 1742; después de terremotos en 1719 y 1729 y á continuación de erupciones volcánicas en 1733. Y á propósito de erupciones volcánicas. El sabio inglés Harries, leyó un trabajo en la Sociedad Meteorológica de Inglaterra á principios de 1892, en el que hacía constar la coincidencia de las erupciones volcánicas y las epidemias de gripe. La epidemia de 89-90 sería debida al polvo desprendido en la erupción del Krakatoa (Archipiélago de la Sonda), polvo procedente de las profundidades de la tierra, el cual sería para él el factor principal en la propagación de las enfermedades contagiosas.

7.º Fauconet atribuyó la gripe de Lyon al removimiento de tierras el cual deja detritus orgánicos al aire libre (Lyon, 1858).

III. Si se estudian las condiciones atmosféricas de diversos puntos en que invadió la gripe durante la epidemia de 1889-90, poca cosa se saca en claro respecto la influencia de los meteoros. En unos predominaba la sequedad, en otros la humedad, en unos la temperatura era templada, en los restantes excesivamente fría, etc.

Una correspondencia de San Petersburgo del 6 de Enero 1890 decia que en Moscou la temperatura habia sufrido descenso considerable y repentinamente desapareció la epidemia que allí reinaba; pero en otras localidades continuó apesar del frío.

De Buda-Pesth se decía que del 6 á 7 de Enero había densas nieblas que favorecían la propagación de la gripe estando enfermos el 40 p % de habitantes de la ciudad; no predominaba, pues, la sequedad como en España; en térmi-

nos tales, que distinguidos médicos españoles atribuyeron á esta circunstancia la intensidad de la gripe de Madrid en 89-90.

Fijándome en España, los datos que siguen revelan la mayor variabilidad. En Valladolid sufrían las llamadas heladas *negras* durante 2 meses y por las noches señalaba el termómetro — 12° ó — 14° y apesar de ello (á principios de Enero) tenían mucha gripe.

En Valencia el día 4 de Enero sin influir abundantes lluvias la sufrían infinidad de personas, y entre ellas 800 trabajadores de la fábrica de tabacos y 260 empleados de los talleres del ferro-carril. El día 7 Enero decía *El Mercantil Valenciano*: «*Ayer fué un día de respiro: no solo* dieron los médicos de alta á un buen número de enfermos sino que hubo pocas invasiones nuevas.» Había cesado la lluvia y bajado la temperatura.

En Sevilla tenían mucha influenza en 31 de Diciembre con cielo despejado y frío; el 8 de Enero dominando los vientos N. y E. y habiendo descendido la temperatura de una manera notable, continuaba aún. En cambio en Tortosa después de lluvias y nevadas decreció la epidemia por allí del 8 al 10, cuando había sido muy intensa. En Tarragona el día 12 de Enero la temperatura ya era bastante alta: apesar de ello seguía la epidemia.

En Irún y Salamanca se desarrolló con tiempo frío y seco.

En Zaragoza cayó una copiosa nevada el 31 de Diciembre, teníanya la epidemia de desde algunos días y continuó durante los comienzos del año apesar de seguir lloviendo.

En Barcelona estuvo en su auge del 23 al 31 de Diciembre. Fué notabilísima la sequía en la región catalana á últimos del año 1889, però á principios de 1890 llovió abundantemente y en la provincia de Tarragona (Priorato y Mora de Ebro) cayó una regular nevada el 31 de Diciembre y entonces disminuyó la sequía «que tanto daba que pensar á nuestros agricultores» según frase de *La Provincia* (periódico de Tarragona) del 1.° Enero y también menguó el desarrollo de la epidemia.

La *oscilación del termómetro* durante 24 horas en una localidad, puede influir en el desarrollo de la gripe según parecer de algunos. Así se ha hecho hincapié en la epidemia de gripe de Madrid del 89, en la diferencia de 23° y décimos que durante algunos días se observó en la 3.ª semana de Diciembre de aquel año, como puede verse por el siguiente cuadro:

	Máxima	Mínima	Diferencia en 24 horas
Día 16 Diciembre.	15'6	—8	23'6
Día 17 »	17'4	—5'9	23'3
Día 18 »	18'2	—3'9	22'1
Día 19 »	16	—4	20
Día 20 »	15'6	—7'5	23'1
Día 21 »	12'2	—4'5	16'7
Día 22 »	15	—8'3	23'3
Día 23 »	13'5	—7'2	20'7

En Barcelona el día 25 de Diciembre la diferencia llegó á ser de 24° y el día 15 de Enero de 26°5; pero diferencias tan crecidas son comunes en muchas poblaciones españolas, sin que provoquen la gripe siempre que se ofrecen y lo propio puede decirse que es común en otras regiones.

¿Qué diremos de la humedad? Las variaciones meteorológicas observadas en Barcelona durante los meses de Diciembre de 1889 y Enero de 1890, en los cuales desarrollóse la epidemia de gripe, nos muestran que el higrómetro acusa un grado medio de humedad. Puede considerarse muy seco el aire que dá un número más bajo de 55 %, medianamente seco entre 55 y 75 %, medianamente

húmedo entre 75 y 90 % y muy húmedo entre 90 y 100 %. Los meses que ofrecen el máximo de humedad son los de invierno y siguen después los de otoño, primavera y estío que son los más secos. El grado de humedad más alto observado en aquellos dos meses en Barcelona fué de 92'4 % el día 17 de Enero cuando ya había cedido la epidemia, siendo la lluvia en 24 horas igual á 0; y el grado de humedad más bajo fué de 47'3 % el día 24 de Diciembre cuando estaba en su auge, siendo también igual á 0 la lluvia en aquellas veinticuatro horas. El día siguiente (25) subió á 77 %. De modo que no podía influir el grado de humedad, ya considerándolo insignificante, ya excesivo. Ni tampoco podía influir su asociación con la temperatura, pués el día de mayor humedad (17 de Enero) el calor fué de 17°3 al sol y 12° á la sombra, con un mínimo de 2°8, lo cual constituye frío-húmedo. En cambio el día de menor grado de humedad (24 de Diciembre) la temperatura fué de 25°8 al sol y de 15°8 á la sombra, con un mínimo de 6°3, de modo que podría calificarse de templado-seco. Los días anteriores y posteriores de éste (en los cuales estaba la epidemia en su apogeo) la temperatura fué poco diferente y en cambio los grados de humedad algo más elevados, sin que llegara á constituir un grado extremo, sino un grado mediano.

Esto demuestra que la humedad no tiene influencia en el desarrollo de la gripe.

Respecto á la presión barométrica se observó en Barcelona (que por su situación al nivel del mar es la presión de 761 milímetros de la columna de mercurio) durante los 2 meses que podemos llamar de epidemia, aumento considerable de ella llegando en plena evolución, en 26 Diciembre, á 771'87 y á 779'62 en 7 de Enero. Bajó la presión el día 12 de Diciembre antes de llover á 755'16 y 755'90, para ascender el siguiente á 762.

Y ya que me ocupo de las observaciones meteorológicas recojidas en la capital del principado de Cataluña durante la gripe de 89-90, diré algo de la cantidad de ozono. En primer lugar importa saber de qué manera el ozono se distribuye durante los meses del año. Según las investigaciones hechas en París por Fonssagrives en el año 1872, el máximo (3°13) corresponde á Junio y el mínimo (1°75) á Febrero, pudiendo colocarse los meses según la media decreciente del ozono en este orden: Junio, Noviembre, Mayo, Abril, Agosto, Julio, Septiembre, Enero, Octubre, Diciembre, Marzo y Febrero. Berigny coloca el máximo en Mayo y el mínimo en Noviembre. Houzeau añade un mínimo en Febrero. La cantidad por estaciones es la siguiente: invierno 2°1, primavera 2°6, estío 2°8, otoño 2°6 (Fonssagrives).

Si analizamos las observaciones meteorológicas de la Universidad, se ve que fué considerable la cantidad de ozono contenido en el aire durante los meses de Diciembre y Enero en Barcelona, cantidad que sobrepasa el grado medio dado por Fonssagrives.

El ozono es más abundante en días de lluvia y húmedos, en términos que Gaizo, físico italiano, ha dicho que entonces hay más ozono porque la luz solar obra mejor *en presencia del vapor acuoso.* Por esto el día 13 de Diciembre, en que llovió, subió el ozono á 15° por la mañana, bajando á 6° por la tarde.

Dicen que los vientos del polo lo disminuyen y los del Ecuador lo aumentan. De las observaciones meteorológicas de Barcelona nada se desprende de fijo, pues soplando viento S. hay días de mucho O^3, como cuando es el E., N. ú O. el dominante. De consiguiente, ni indirectamente un viento dado podía por medio del ozono, influir en la presentación ó desarrollo de la gripe.

De toda esta exposición se desprenden los hechos siguientes: que en España la sequía fué considerable al principio del invierno de 1889-90; que aparecida la gripe llovió en algunas comarcas y que á pesar de la lluvia no cesó la marcha creciente de la epidemia en los lugares ya invadidos; que el frío aún desarrollado bruscamente no cohibió su progresión; y, por lo que refiere á Barcelona, que la cantidad de ozono atmosférico fué muy considerable y la presión barométrica siempre más elevada que lo normal.

El profesor Teissier, de Lyon, encargado de una misión en Rusia para estudiar la epidemia de gripe de 89-90, publicó una obra sobre este motivo, en la cual sostiene que la rapidez de su expansión debióse á trastornos atmosféricos; su evolución coincidió en todas partes con descenso de la presión barométrica, con calores anormales dada la estación, un grado de humedad considerable rayano al grado de saturación y por el enturbiamiento de los grandes ríos, el cual se manifestó con el aumento en el agua de la cantidad de materias orgánicas y del número de bacterias.

Nada de esto constituye regla general. De consiguiente, de lo expuesto no se desprende conclusión alguna que manifieste que la gripe es enfermedad de tal naturaleza que necesite siempre ciertas condiciones meteorológicas para su desarrollo.

Opinión semejante ya emitieron el citado Fuster, profesor de Montpeller (*Historia de las epidemias catarrales;* trad. de Lopez Argüeta, p. 33), Holland y Graves (*Clinique de Graves,* II, p. 547); y por eso dijo también en 1890 el ilustre Cantani, que la gripe evoluciona bajo la acción de un genio epidémico independientemente de las variaciones de clima, estación y vientos.

CAPÍTULO II.—Bases de que debe partirse para dilucidar la naturaleza de la gripe.

I. ¿Qué es lo que se desprende de la falta de influencia atmosférica y meteorológica? Afecciones estacionales.—II. Modo de propagarse la gripe y rapidez en su propagación: 1.° Se presenta primero en las grandes urbes. 2.° No sigue en su marcha la dirección de los vientos. 3.° Sigue las grandes vías de comunicación humana. 4.° Marcha de las diversas epidemias de gripe. 5.° Marcha de la de 1889-90 en el extrangero y en España. 6.° Cuánto dura en un lugar la epidemia de gripe.—III. ¿Qué se deduce de todo lo expuesto?—IV. Número de epidemias de gripe; historia epidemiológica.

Hemos de ir, pues, por otra dirección, si queremos conocer la naturaleza de la gripe.

Parto de este mismo hecho negativo, referente á la falta de influjo de las variaciones atmosféricas y meteorológicas en el desarrollo de la gripe y estudio enseguida la manera y rapidez como se propaga dicha enfermedad, número de epidemias y hechos sabidos de contagio, para ver si todo ello conduce al conocimiento de una causa que indique más ó menos claramente su verdadera naturaleza.

I. Es preciso, pues, quitar en la etiología de la gripe la influencia meteorológica. Hipócrates que observó mucho y bien, atribuyó muchas enfermedades á este origen, fundando la doctrina de las *constituciones patológicas*, que ha privado en Medicina durante muchos siglos, atribuyéndose á los cambios atmosféricos, sin la influencia de ningún agente específico, el origen de numerosas dolencias. Pero las enfermedades estacionales que se supone están supeditadas á la acción de la temperatura, de la sequedad ó de la humedad propias de cada estación, no existen tal como eran consideradas antes, pues dichas circunstancias son insuficientes para dar cuenta de su desarrollo, de su marcha, en una palabra, del conjunto de sus caracteres.

Las bronquitis se desarrollan en verano y en invierno; se observan en climas fríos y en climas cálidos (La Guyana). En cambio en Egipto, en Port-Said, cuya humedad es grande y las variaciones de temperatura considerables, no solo estacionales, sino mensuales y diarias, las afecciones agudas de pecho no son frecuentes ni graves. A pesar de las vicisitudes de la meteorología, propias del Senegal, las flecmasias agudas de los bronquios son en extremo raras y si existen son muy benignas. Del reumatismo y de la pulmonía puede decirse lo mismo. Se ha visto en Barcelona más de una epidemia de la última afección en pleno verano, con calor bochornoso, y en cambio en época de invierno, con temperatura de 0° á 5° y entre clase obrera expuesta á la intemperie, no se ha observado ninguna invasión de ella.

Pero, con todo, si las afecciones estacionales no se elevan al rango de específicas, no debe negarse en absoluto la intervención de los meteoros en su génesis. Fijándonos en el enfriamiento vemos, sin darle un papel abusivo en etiología, que sin poder engendrar neumonia, tétanos, etc., puede obrar de una parte ac-

tivando la vitalidad de los gérmenes y de otra aumentando la receptividad del organismo. Quinquaud ha demostrado que enfriando un animal de sangre caliente se desarrolla en él una exageración de los reflejos con languidez funcional general, que no puede menos de ser favorable á la invasión de los gérmenes morbosos. Si un animal se coloca en aposento de temperatura muy alta, la de su organismo desciende más de lo normal al momento de ponerlo al aire libre (Rosenthal) y es que la sangre extendida á la periferia por el calor excesivo, favorece la refrigeración interna cuando la temperatura del ambiente desciende bruscamente. Estas observaciones experimentales pueden aplicarse al hombre que, cuando después de permanecer en aposento caliente á 25 ó 30°, pasa bruscamente á sitio enfriado y á consecuencia de ello se pone enfermo. Pero no puede el enfriamiento por sí solo producir una enfermedad, porque todo individuo que se hallase expuesto á aquellas alternativas, no escaparía sin contraerla. Es preciso buscar el agente específico que entonces obra por serle favorables dichas circunstancias. Y esto tal vez de un caso individual podría aplicarse á un hecho general en las epidemias de gripe y tendría aplicación aquella frase de Nérat (tesis inaugural de París sobre la gripe, año 1851): «que la gripe se desarrolla cuando hay un estado de perturbación de la estación, sea en verano, sea en invierno,... cuando la estación no sigue su curso ordinario»; suponiendo que en aquellas circunstancias hay cambios en el organismo, que aumentan la propensión al contagio. Didier, que escribió su tesis para el doctorado después de la epidemia de 1890, al resumir las condiciones que necesita el germen gripal decía: «Pero estas causas exteriores ¿obran aumentando la virulencia del agente patógeno ó disminuyendo la resistencia del individuo?; ó bien ¿su efecto es doble y conduce á la vez á la exaltación del microbio y á la pérdida de la inmunidad individual?»

Todas estas nociones aplicadas á la etiología de la gripe, hacen comprender que su naturaleza no es meteórica; sino que cuando se desarrolla en condiciones tan diversas, como son en climas cálidos y en climas fríos, en estaciones tan opuestas como en el verano y en el invierno y, aún dentro las mismas estación y localidad, con igual ímpetu tanto en tiempo húmedo como en tiempo seco, se comprende que la causa determinante ha de ser de naturaleza viviente, esto es, microbiana.

De un dato negativo cual es la falta de intervención de las variaciones meteóricas en la marcha de la gripe, se desprende un hecho cierto: que dicha dolencia es microbiana. Con el examen de los tres datos positivos restantes que voy á detallar, quedará hecha la luz en este sentido.

II. Modo de propagarse y rapidez en la propagación. Para conocer la primera parte del tema, debe analizarse el desarrollo de la epidemia, el cual se efectúa de los grandes centros habitados á los pequeños, á los secundarios ó de menor importancia y fijarse en que la progresión tiene lugar muchas veces contra la dirección de los vientos. Y al estudiar la rapidez de progresión de las epidemias es necesario conocer su duración.

1.° La gripe se presenta primero en los grandes centros de población. En Francia, por ejemplo, invadió en primer lugar á París y de esta gran urbe se extendió á otras localidades. Aun más; en los grandes centros se localiza en los puntos de mayor concurrencia, de mayor aglomeración personal, como son fábricas, talleres, etc. Así vemos en el mismo París que en el establecimiento titulado el *Louvre* enfermaron al comenzar la epidemia la mayoría de empleados. En Barcelona se observó primero en la ciudad que en los pueblos del llano y lo propio sucedió en Valencia. En las poblaciones con comunicación escasa, v. gr. las de la parte alta de Cataluña (partidos de Tremp, de la Seo, etc., en la provincia de Lérida), se presentó la gripe en época muy tardía y lo mismo puede decirse de algunos puntos del centro de España.

En las poblaciones pequeñas es fácil conocer la procedencia y observar día por día la propagación del mal. Sé claramente de un individuo que bueno y

sano fué á Barcelona á pasar algunas horas en época que esta ciudad estaba ya invadida, y al día siguiente presentó los síntomas de gripe, que, por cierto, fué muy grave, constituyéndose en pequeño foco del cual irradiaron diversas invasiones sucesivas.

El Dr. Parsons, en su estudio sobre la epidemia de 1889, refiere respecto el contagio de la gripe, que en los sitios sub-urbanos de Londres, los primeros atacados eran aquellos que por sus quehaceres tenían de ir al centro de la ciudad. Ya habían observado lo mismo distinguidos epidemiólogos, en términos que Fuster, haciéndose eco de ello, dice que los grandes centros de población tienen el privilegio de atraer la gripe y probablemente reforzarla, haciendo el papel de nuevo foco de donde la enfermedad se lanza en todos sentidos. Describiendo un tal doctor Cibat, la epidemia de gripe que en 1806 atacó á Barcelona, dice así: «Menguó la enfermedad en la ciudad, empezaron sus moradores á salir al campo, y de repente se extendieron estas calenturas á todos los pueblos de sus alrededores, de manera que son pocos los individuos y las familias de ellas que se hayan eximido de padecerlas.»

Hago estas citas no porque crea se dude del hecho, ya vulgar casi por lo repetido, sino para darle la fuerza científica que es necesario posea.

2.° Las epidemias de gripe no se propagan siguiendo la marcha ó dirección de los vientos dominantes. En Barcelona, por ejemplo, soplaron al principio de Diciembre de 1889, los vientos N., NO., S., SO. y si bien la epidemia vino del Norte, la dirección era NE. y tal habría habido de ser el viento predominante. Procede generalmente de Rusia y se propaga al centro de Europa, le favorezca ó no la dirección de los vientos (Renvers). Refiere Thompson que la epidemia de 1803 se desparramó en Inglaterra á saltos y sin respetar dichas corrientes. Como ya el citado Dr. Parsons refiere, en la epidemia de 1889 la enfermedad ha marchado en el hemisferio Norte del Este á Oeste y de Norte á Sur; es decir, precisamente en dirección contraria á la de los vientos que predominaban en aquella época.

3.° La epidemia de 1889 ha seguido las principales líneas de comunicación internacional, habiéndose primero mostrado, como ya he dicho, en las grandes capitales, en las más importantes ciudades, antes de invadir las poblaciones secundarias. Se ha propagado con mayor rapidez que las anteriores, pero la rapidez en su marcha no ha sobrepujado la de nuestros medios actuales de comunicación. La rapidez de difusión atribuída á la gripe se ha equivocadamente exagerado; la opinión antigua es que la enfermedad ataca á la vez á puntos muy distantes y á grande extensión de un país; pero jamás se ha demostrado que ande más rápidamente que el hombre y seguramente que la última epidemia no ha probado que se propague con más velocidad que la marcha de los ferro-carriles.

Tampoco las epidemias se presentan de golpe, bruscamente, en una localidad; solo lo hace parecer así el que los primeros casos son en general desconocidos ó descuidados (Parsons). Fuster sostiene malamente la opinión más arriba citada de que la gripe, salida ya de su cuna, surge ordinariamente en puntos separados y sus primeras invasiones, á distancias muy grandes, se observan á veces en fechas tan aproximadas que se les puede creer simultáneas. Solo la epidemia de 1891, de *repetición*, tuvo una eclosión brusca, hecha simultáneamente en varios puntos, como si despertaran los gérmenes latentes de la epidemia de 1890 (Proust).

Su cuna parece limitada en nuestro hemisferio al 48° de latitud (Rusia ó Asia); de este sitio se reparte á todos los puntos del globo, invadiendo las regiones meridionales. Sus desbordes cubren vastos espacios, ocupando, los menos considerables, partes extensas de Europa y la mayoría de veces la llegan á ocupar por entero, pudiendo llegar, cosa frecuente, á dar la vuelta al mundo, constituyendo verdaderas *pandemias*. Gluge suponía en la gripe una marcha regular, típica; decía que invade los dos hemisferios por encima y por

bajo el Ecuador, llegando á este límite simultáneamente por ambos sentidos.

4.° Marcha de las epidemias de gripe.—Se ha dicho que la epidemia última de 1889-90, marchó de E. á O. y de N. á S. «Los antiguos y los modernos, dice Fuster, pretenden en vano, fijar el punto de partida de las epidemias de 1580, 1782, 1799, 1830-31, 1833, etc.; las tentativas no alcanzan, faltos de documentos auténticos, sino á decir vagamente que la epidemia de 1580 salió de Levante; la de 1782 de la América del Norte y que las otras tres nacieron en Rusia; Frank supone que todas las epidemias, con exclusión de la de 1580, se han dirigido de N. al mediodía y Gluge añade que hasta el undécimo siglo han marchado del Oeste al Este y del Este al Oeste desde 1593.»

Sea lo que fuere de los hechos antiguos; las epidemias más recientes que se conocen y que con mayor cuidado han sido estudiadas, han ofrecido siempre la marcha de la últimamente sufrida, como lo demuestra, en unas y otras, el órden en que han sido invadidas las ciudades europeas principales.

En efecto. La de 1580 se observó en Junio en Portugal, España y Holanda; en Agosto y Septiembre en Alemania, Francia é Italia; y en invierno en la baja Sajonia y riberas del mar Báltico. Luego marchó, como dice Frank, del mediodía al N., al revés de las otras. Pero la de 1675 ya siguió marcha opuesta, se vió en Alemania y Francia á fin de Septiembre é infectó la Inglaterra á fin de Octubre. En 1729 la gripe siguió igual curso. Se conoció en Hall en Febrero; hasta Noviembre no atacó á Viena, París, Londres y Plymouth; en Enero de 1730 desarrollóse en Suiza, Venecia y Padua y en Marzo del mismo año atacó á Nápoles, España y Vera-Cruz.

5.° Fijándonos en la epidemia de 1889-90, vemos que partió de la Rusia asiática á San Petersburgo, visitando en seguida lo restante de Europa, la Persia, la América y la Australia, es decir, toda la superficie del globo.

En Persia, según Tholozan, médico del Sha, existió en Septiembre y Octubre. En San Petersburgo existía en Octubre y Noviembre del 89. La ciudad de Recht fué invadida en Septiembre; Teheran á principios de Octubre é Ispahan al fin y Medchet en Diciembre. Debutó por el litoral S-E. del mar Cáspio y de allí corrió á todo el reino, necesitando dos meses para llegar á Chiraz, dos y medio para infectar á Buchir, haciéndose la propagación con lentitud é irregularidad.

En Octubre de 1889 invadió la Grecia, recrudeciendo en Enero de 1890, en cuya época enfermó la familia real.

En Noviembre y en Diciembre principalmente, en Moscou, de cuya ciudad desapareció el 6 de Enero después de fuertes fríos.

A principios de Diciembre invadía á París. Proust, dice, que los primeros casos se observaron en 17 Noviembre. El día 9 Diciembre había 400 atacados entre los dependientes de los grandes almacenes del *Louvre.*

El día 10 de Diciembre se propagaba con intensidad, según los diarios, en Viena, Berlín, Cracovia é Inglaterra. Luego debía haber empezado á últimos de Noviembre ó á primeros de Diciembre .Y en idéntica fecha empezaría en Madrid, pués los periódicos participaban existía el día 13, día en el que habíase presentado en el Palacio Real. Del 19 al 25 estaba en su apogeo en la capital de España, habiendo acaecido el 27 seis muertes repentinas, probablemente consecutivas á la gripe. En Barcelona estuvo la gripe en su mayor incremento del 20 al 30 de Diciembre de 1889. En Valencia llegó á su auge á últimos de Diciembre y primeros de Enero. En Enero se corrió á Italia, propagándose intensamente á mediados del mes.

El día 4 de Enero se comunicaba que en los Estados Unidos de América, en Méjico y en el Canadá, efectuaba su desarrollo en grande escala.

El profesor de Higiene de París Sr. Proust, fijándose en las semanas de mayor mortalidad, señala como máximo de la epidemia en los puntos que se citan, las siguientes fechas: En San Petersburgo el 30 Noviembre; en Varsovia el 21 Diciembre; en Berlin y Viena el 28 Diciembre; en Bruselas y París el 4 de Enero y en Londres el 11 de Enero.

Vista la manera sucesiva en que fueron invadidas las grandes urbes del mundo, paso á señalar las fechas en que algunas poblaciones españolas tuvieron por huesped á la gripe. En la Coruña á 22 de Diciembre se conoció su existencia. A últimos de Diciembre en Zaragoza, Irún, Segovia y Sevilla. En Valladolid, Tarragona, Santiago (Galicia) á principios de Enero. En Figueras (Gerona), Lérida é Islas Baleares llegó á su auge á mitad del mismo mes. En el Norte de Cataluña (Tremp) á últimos. De modo que por todo el mes de Enero, la mayor parte de España había sufrido la gripe.

Y vista la marcha y rapidez en la propagación de la enfermedad, se desprende que en cuatro meses invadió Europa y América. Se observa que saliendo de San Petersburgo llega pronto á Odessa, para verla en menos de 8 días en Berlin y París (así como en otras epidemias estaba 5 ó 6 meses), en tanto que tardó más de un mes para pasar de Estocolmo á Cristanía, debido á que estas dos ciudades están separadas por montañas y su comunicación es difícil. Queda, pués, establecida la rapidez en su marcha.

6.° La duración de la epidemia en una localidad fué, en término medio, de 30 días, comprendiendo unos 10 en el período de ascenso, también 10 en el de estado é igual tiempo en el de descenso. Sin embargo, pasada la fecha indicada de 30 días, si bien cesan las invasiones, continúan no obstante los enfermos y mortalidad consecutivos á aquélla; de modo que para extinguirse completamente el fuego morboso que la gripe encendiera, son necesarios otros 20 días, sumando en conjunto cosa de 50. Esto dejando aparte las consecuencias y enfermedades crónicas que á la gripe subsiguen. Refiere el Sr. Fuster que París la padeció dos meses en 1427; Plymouth diecinueve días en 1737; en 1830-31 San Petersburgo, Génova y Moscou dos meses, dos semanas Berlin, 40 días Londres y Viena y de nueve á diez meses París. En 1702 y 1803 su permanencia en Londres fué de seis meses; había sido generalmente de un mes á seis semanas en 1729-30, de siete á ocho semanas en 1762 y de seis semanas en 1780 y 1782. El mínimo conocido de su duración es de 19 días, citado por Huxham y el máximo de 9 ó 10 meses á 1 año, observado en 1580 y en París en 1830-31.—Short dice que la duración de la de 1580 fué en muchos puntos solo de seis semanas. El profesor Proust que ha estudiado comparativamente la epidemia de 1889-90 y 1891, dice respeto á la mortalidad (y esto puede aplicarse para saber la duración) que hasta la cuarta semana fué igual en ambas epidemias; que en la primera creció hasta la séptima semana y que en la de 1891 el descenso de mortalidad fué rápido desde la quinta semana. De consiguiente, la duración en París de la epidemia de 1889-90 sería de ocho semanas y la de 1891 de seis.

Es comun en las epidemias de gripe, que en un día enfermen la mayoría de habitantes de una población. En primero de Enero de 1890, en una localidad inmediata á Barcelona las tres cuartas partes de habitantes estaban en cama, representando un total de 20.000 personas. En la descripción de diferentes epidemias vemos citados hechos semejantes.

III. ¿Qué se desprende de todo lo referido? Que va deslindándose la cuestión puesta en estudio. Ya, al parecer, vamos á llegar pronto al término deseado. En efecto, la gripe va apareciendo más cada momento de orígen microbiano, dados sus caracteres recién expuestos de *propagación* y *trasmisibilidad.*

Es enfermedad que parte de un punto que puede considerarse su cuna y sin circunstancia exterior alguna que modifique su curso, va progresando siguiendo las vías que sigue el hombre; recorre y abraza en sus largas correrías extensas superficies, enfermando á su contacto millares y millones de indivíduos.

Permanece en una localidad mientras tenga víctimas propicias y al desaparecer deja estados morbosos no iguales á los primitivos, ó afecciones más ó menos graves, más ó menos duraderas, consecuencias no interrumpidas de sus diversas modalidades patológicas.

Coetánea ó consecutivamente se presenta en otros y otros puntos y así se

extiende y así se propaga, como el fuego que prende en extenso bosque lleno de seco y enmarañado abrojo. El curso de la epidemia de gripe por intrincado que parezca, es el mismo curso ó vías de comunicación de los seres humanos. Hay la marcha general de la gran masa (epidemia) de N. á S. y de E. á O., vista en conjunto una vez finido el mal; pero la progresión se ha hecho por innumerables vanguardias, fuertes tentáculos del gran mónstruo, que han avanzado sin cesar por las rápidas vías-férreas y con marcha lenta y acompasada por los caminos que siguen las caravanas ó por las sendas y carreteras vecinales.

Algunas veces se ven manchas diversas, por ejemplo, las que se observaron en casi toda Europa en 1891 y en diversos puntos hasta el año actual; las cuales, con la autoridad de Proust, pueden calificarse de focos aun no desaparecidos de la pandemia de 1889-90, hogueras que parecían apagadas y que, no siéndolo, se avivaron al menor influjo favorable.

Todos estos hechos que recuerdan los característicos de otra enfermedad epidémica, el cólera morbo asiático, hacen vislumbrar semejante naturaleza á la suya en la causa productora de la gripe. Si sabemos, como hecho innegable, que la causa del cólera es un micro-organismo descubierto por Koch, hemos de concluir que la gripe es también debida á un vegetal microscópico.

El número considerable de epidemias de gripe induce también á pensar en la existencia de un agente específico productor. Si se tratase de un afecto simple, de condiciones iguales á las señaladas por Cantani á algunos trastornos catarrales de orígen atmosférico, serían más numerosas dichas epidemias, pero no revestirían el curso típico en su marcha señalada en páginas anteriores. Hace lo propio que el cólera, del cual desde larga fecha, mucho antes de los estudios de Koch, se dijo que era de naturaleza específica; hay quién, sin embargo, ha supuesto, por encontrarle parecido con la fenomenología de ciertas formas graves de infección malárica, que era de orígen palúdico; si así fuese, muchos, muchísimos focos de cólera existirían en la tierra cuando son tantas las comarcas pantanosas maláricas; pero solo se conoce un foco de donde han partido siempre todas las epidemias.

E igual debe decirse de las epidemias de gripe. Por ser muchas y generales, verdaderas pandemias, debe admitirse causa específica, que ha de ser, dados los estudios actuales, de naturaleza viviente ó microbiana, pués, como ya se ha visto anteriormente parangonándolas con las de cólera, su orígen es único y su marcha siempre igual.

IV. Para que se tenga idea de lo que ha sido la gripe desde remota fecha, expondré sucintamente un relato de las epidemias conocidas.

Se supone por varios escritos de Hipócrates, que ya ese célebre médico conocía la gripe; algunos creen también que la epidemia que sufrieron los atenienses en la isla de Sicilia 415 a. J. C., descrita por Diodoro Siculo, fué la gripe.

Según refiere James Wilson en una monografía sobre la influenza, en 827 se sufrió una tos que se hizo general como la peste; en 876 apareció en Italia una epidemia parecida que invadió pronto todo Europa: los perros y las aves la sufrieron con síntomas iguales al hombre. En 976 en Francia y Germanía se observó una fiebre cuyo síntoma principal era la tos.

Hasta 1173 no se cita ninguna epidemia, pero en dicho año se observó una, cuyos fenómenos eran catarrales; corrió toda la Europa. Después otras menos importantes parecidas á ella, se mencionaron en el siglo siguiente, en 1239 y 1299.

En los escritos médicos del siglo décimo cuarto, se citan 6 epidemias de gripe. En Irlanda fué muy general en este siglo y en el décimo quinto, ya se cuentan grandes invasiones (Parkes). Aitke habla de una difusión verdaderamente desastrosa de gripe por toda la Francia en el año de 1311 y de otra epidemia en 1404 causa de mortalidad excesiva en Paris. Nicolás de Baye, escribano del Parlamento de París, describió en un *diario* las epidemias de gripe que

se presentaron en dicha capital en 1404 y 1414. El sábado 24 Abril de 1404, dice, todos los miembros del Parlamento estaban acatarrados y tenían fiebre. En los días de sesión era tanto el ruido de la tos, que era imposible al escribano tomar ninguna nota. Esta enfermedad que atacó á todas las clases sociales se llamaba *tac* y *horión* y se atribuyó á una *pestilencia del aire*. Juvenal de los Ursinos dice que el comienzo de este año fué muy lluvioso. A los diez años volvió á repetir el *tac*, siendo más benigno y no atacando á los niños menores de 10 años. Baye la sufrió en el mes de Marzo; al salir de las vísperas de Notre-Dame se sintió bruscamente atacado, no pudo dormir aquella noche pués se lo privaba el dolor de la cabeza, de los lomos, del vientre y de los miembros. No podía sostenerse. Con todo probó el día siguiente de ir al Parlamento pero tuvo que volverse. Durante una semana (del 5 al 10 de Marzo) permaneció en su domicilio, pero su ausencia no fué notada en las oficinas, ya que la mayoría de diputados, abogados y procuradores estaban también enfermos por esta *griefve* (pícara) enfermedad. Se hicieron rogativas en las iglesias, procesiones,... y la mortalidad no fué considerable, citándose que murió entre las personas notables el duque d'Aumont.

La historia de la primera epidemia bien descrita es la de 1510. Sábese que de la isla de Malta, invadió Sicilia, Italia, España, Portugal, Hungría, Germania, Francia é Inglaterra. Tomás Short da la descripción de la sintomatología que en la parte clínica referiremos.

En 1557 se manifestó una epidemia procedente de Asia, que llegando á Europa pasó de ésta á América.

La célebre epidemia de 1580 que tantas veces he citado, se dirigió del Sudeste al Noroeste invadiendo Asia, Africa y Europa. De Constantinopla y Venecia invadió Hungría y Germania, llegando al fin á las regiones más distantes de Suecia, Noruega y Rusia. Invadió también á Italia, España, Francia é Inglaterra. En Italia é Inglaterra, predominó en Agosto y Septiembre. En España durante todo el verano. En muchos puntos duró seis semanas. En Inglaterra fué enfermedad aún que de curso largo, en general favorable, muriendo solo los enfermizos y aquellos que se sangraron (Short). En Roma, sin embargo, fué grave muriendo según este autor 2000 personas y según Zuelzer muchas más: 9000. La epidemia de gripe que sufrió España en este año fué descrita por el famoso Mercado. La ciudad de Madrid dícese que quedó despoblada á causa de la abundancia de sangrías que se practicaron. Villalba dice que «á 31 de Agosto de 1580 empezó en España la enfermedad contagiosa del catarro» pero á principios de dicho mes había aparecido en Barcelona, pues desde el día de Nuestra Señora al de San Roque, en 5 ó 6 días, cayeron enfermas más de 20.000 personas, viniendo un día (7 de Septiembre) en que estaban con esta dolencia todos los vecinos; se atribuyó á una *constelación de aire caliente* (Pere Joan Cosmes: *Llibre de algunes coses assenyalades*).

En 1591 observóse otra en Germania; en 1593 en Holanda, Francia é Italia.

En 1626-27 de nuevo fueron invadidas Italia y Francia; en 1642-43 Holanda y en 1647 España, siendo precursora la sufrida en Valencia de una horrorosa peste (Hernández Morejón). El sabio Villalba hace constar que en 1647 hubo en Valencia una epidemia de «catarro tan común y general que no escapó chico ni grande que no lo padeciese; no sólo en dicha ciudad y reino, sino á un mismo tiempo en otros pueblos; pero como no morían de él, no indujo ningún cuidado.» En 1658 y 1675 se presentó en Austria, Germania é Inglaterra y Willis (de Londres) dice en su obra *De febris*, cap. XVII, pág. 85: «hacia al fin de Abril de 1658, apareció súbitamente una enfermedad, como si fuese enviada por la acción de los astros, la cual invadió de una sola vez, en tanto que en alguna ciudad, en el espacio de una semana, millares de personas cayeron contemporáneamente enfermas.» En esta época según el Dr. italiano Valle, empezó á cundir la palabra *influenza*. Epidemia de gripe hubo en Europa y en la Gran Bretaña en los años de 1688, 1693 y 1709.

En 1729-30 se extendió á Rusia, Polonia, Germanía, Inglaterra, Francia, Suiza, Italia, España y Méjico (Vera-Cruz). En Londres fallecieron 908 personas en una semana.

En 1732-33 una epidemia que partió de Sajonia y Polonia se difundió por Germania, Suiza, Holanda y Gran Bretaña. Hacia el mes de Enero en dirección Sud-este se dirigió á Italia, Francia y España. Y en dirección O. á la América del Norte de donde se esparramó á las islas de las Indias Occidentales y á la América del Sud. El Dr. Huxham de Plymotuh, que ha descrito esta epidemia decía: «es la epidemia mayor que se ha conocido, ninguna casa fué libre: ni el tugurio del pobre, ni el palacio del rico; pocas personas se libraron de ella lo mismo en la ciudad que en el campo; jóvenes y viejos, robustos y débiles, participaron de igual suerte.» En España, en la epidemia de 1733 «el aire epidémico atacó con benignidad á los mallorquines, cuando al mismo tiempo producía grandes estragos en los catalanes y otros pueblos vecinos» (Villalba, *Epidemiología Española,* 1803.)

En 1737-38 invadió la Inglaterra, la América del N., las islas de las Indias Occidentales y la Francia; en el 1742-43 se difundió por Europa é islas Británicas, en cuya capital Londres, mató 1000 personas en 7 días. En 1757-58 la América del N., Indias Occidentales, Francia y Escocia. En 1762 en las colonias de América del Norte. En 1764 abarcó toda Europa y la Gran Bretaña. Otras epidemias hubo en 1767 (que alcanzó á España en Diciembre y describe también Villalba), 1775 y 1778-80. En 1782 pasó del Asia á Rusia, siguiendo durante el invierno de San Petersburgo á Suiza, Germanía, Holanda y Francia. En San Petersburgo enfermaron 40.000 personas en un día. En otoño invadió á Italia y la península Ibérica. La tripulación de las naves inglesas la padecieron en alta mar. Por atacar con asombrosa rapidez se denominó en Viena *blitz-catarrhe* (catarro relámpago).

En 1803 París y 1804 Londres presentaron epidemias de calenturas catarrales y en 1806 observáronse en España, describiendo el Dr. Cibat la que sufrió Barcelona, «opino, decía, efecto de contagio traído por reclutas que vinieron de los ejércitos del Norte, por ser esta enfermedad tan eomun en aquellos paises que la padecen epidémicamente casi todos los años.» Pasó de Barcelona á los pueblos comarcanos y á los reinos de Aragón y Valencia, la Mancha y las Castillas «y probablemente no parará hasta llegar al extremo opuesto al de su entrada.» (Cibat.)

Llegamos á 1830 en cuya época dió principio una serie de epidemias notables por su grande difusión y la rápida sucesión con que una iba detrás la otra. Comenzó en China, pasó á Rusia y en Noviembre invadía á Moscou. En Enero de 1831, San Petersburgo; en Marzo, Varsovia; en Abril, Prusia Oriental y Siberia; en Mayo, Dinamarca, Finlandia, gran parte de la Germania y París; en Junio, Inglaterra y Suiza; á principios del invierno se dirigió al S. atacando Italia y á últimos de Septiembre y en Octubre corrió por España; pasó además al O. atravesando el Atlántico hacía América del Norte. En 1832 apareció en los Estados-Unidos de América; se difundió á Java en el archipiélago Indio y se desarrolló en el Indostán. En esta fecha había ya desaparecido de Europa, pero en 1833 volvió á Rusia y de esta nación siguió dando otra vez la vuelta por el continente europeo.

Pasada esta fecha de 1833, vino un período de tregua hasta 1836, en cuyo año apareció en Rusia y contemporáneamente (dícese) en Suecia y Dinamarca. Invadió á Londres á principios del 1837, difundiéndose rápidamente por Inglaterra; en Enero la sufrieron París, Berlín, Dresde, Mónaco y Viena. En Febrero, Suiza y España. Esta epidemia se difundió por el hemisferio austral, pués padecióse en Sidney y Cabo de Buena Esperanza. Según el *Manual histórico geográfico de Patología* de Hirsch, á partir de 1830, ha habido casi cada año epidemias de gripe, en Rusia particularmente, en 1830, 31, 33, 36, 37, 44, 46, 50, 51, 55, 57, 58, 74 y 75.

La epidemia de 1847-48 llamóse la *grande epidemia*, por la extensión que abarcó y por el considerable número de enfermos que en todos puntos existieron. De Enero á Septiembre dominó en España, Terra-Nova, Nueva Zelandia, Valparaiso, Siria, Costa Occidental del Africa y por último en Hong-Kong. Según el Dr. ruso Eck, la extensión tomada por esta epidemia es solo comparable á la que tomó la peste negra en el siglo XV. En el otoño de 1848 reinaba en España; en Barcelona (*Telégrafo médico*, Barcelona, 1848) no fué grave, como no lo fué en general. En el invierno de 1852 también existió en España, llamándosela *D. Simón;* de caracter benigno, se manifestó especialmente por coriza, que ocasionaba frecuentes estornudos; fué muy duradera, en términos que en Abril aún existia en algunos puntos (Barcelona).

Y aquí llegamos á la de 1889-90, repetida en 1890-91 y los años sucesivos, (especialmente en el primer trimestre de 1894) hasta el de 1898 (1).

En el invierno de 1897-98 la gripe se desarrolló en Barcelonu, no con la intensidad de 1889-90, pués como dice el Dr. Robert, la mayoría de individuos habían sufrido «el mal en aquella época, quedando hasta cierto punto como vacunados», y no era posible atribuirlo á atenuación del agente patógeno, pués los casos que se observaron revistieron bastante gravedad. Se presentaron variedad de formas, pero las que predominaron fueron las bronco-pulmonales y pleuríticas.

Hé aquí una lista del número de diferentes epidemias de gripe citadas por autores varios.

De 488 a. J. C.	hasta el año	1847	hubo en	Italia	39	epidemias	(A. Corradi)
» 488 a. J. C.	»	» 1847	»	»	47	»	(Valle)
» 1173 d. J. C.	»	» 1889	»	Rusia	90	»	(Zuelzer)
» s. XIII	»	» 1860	en todo el mundo		92	»	(Fuster)
» 1323	»	» 1889	»	»	90	»	(Jannuzzi)
» 1510	»	» 1850	entre irrupciones generales y locales hubo		300	»	(Hirsch)

Fuster dice que en el s. XIII hubo 1 epidemia; en el s. XIV, 6; en el s. XV, 7; en el s. XVI, 17; en el s. XVII, 12; en el s. XVIII, 28; y en el s. XIX, hasta 1860, hubo 21. Después de 1860 hasta 1889-90, se contaron seis epidemias, pero no de tanta intensidad como ésta.

He concluido aquí la exposición de las epidemias de gripe. No he de repetir lo dicho al comienzo, que todo ello tiende á demostrar que la naturaleza de dicha afección es microbiana; recuérdese, y vaya de repetición, la semejanza que en todas sus fases tiene como epidemia, con el cólera asiático. Pero donde quedará más evidenciada la tesis que aquí sostengo, es en el estudio de los hechos conocidos de contagio. Una vez expuestos, sólo faltará conocer la existencia del agente productor.

(1) He de mencionar una enfermedad que en forma epidémica se observó en el verano de 1896 en Aransa, Andorra (Cataluña), cuya naturaleza la creyó gripal el Sr. Maresch Bonaplata, que la describió en la *Revista de Ciencias Médicas* de Barcelona (n.º 20 de 1896), con el título de *Epidemia de grippe*. Pero según opinión de varios comprofesores (Robert, Esquerdo, Ribas, etc.), que en dicha *Revista* dieron su dictámen con los datos aportados por el Sr. Maresch, se trataba mejor que de gripe, de una infección de origen intestinal, con fenómenos cérebro-bulbo-medulares.

CAPÍTULO III.

Contagio de la gripe.—Microbio de la gripe.

I. ¿Qué es contagio? ¿Qué es infección?.—II. Demostración clínica de la contagiosidad de la gripe.—III. Microbio de la gripe.—IV. Gripe esporádica.—V. Etiología de la gripe.—VI. Período de incubación.

I. Para comprender bien el asunto que voy á tratar y solidar el resultado que de él se derive, es necesario saber qué se entiende por contagio y á propósito de él, lo que representa en Patología la palabra infección.

Por contagio debe entenderse la trasmisión de la causa morbosa de un individuo enfermo á otro sano. Por infección la evolución intra-orgánica de la causa trasmitida por contagio; y según el parecer del doctor Rodriguez Mendez, la evolución morbosa local ó general, determinada por parásito vegetal.

Por esto dice el catedrático de Higiene en la Facultad de Barcelona, en su memoria *Concepto de la infección y de la desinfección:* «La infección no es una causa en el concepto genuino de esta palabra; ni el modo especial de ser de una causa; ni consiste en las cualidades que comunica al punto en que reside; ni es una manera *sui generis* de trasmisión; ni un microbio; ni una ponzoña; ni un virus; ni mucho menos un efluvio; ni un miasma... no; es más que un efecto, y para convencerse de ello, basta fijarse en el valor gramatical de la palabra, que no es otra cosa que el hecho de realizarse la acción del verbo infectar, es decir, un acto y como tal es un efecto, que presupone una causa, pero que no es ni puede ser la causa misma.» «... Es un efecto causado por un ser vivo vegetal que se nutre y reproduce á expensas de otros seres, especialmente animales, perturbando más ó menos profundamente los tejidos en que vive.» «Perturbación, pués, y perturbación producida por un parásito vegetal, es para mí la característica de la infección.» Entre las infecciones coloca no solo las parasitarias generales sino también las parasitarias locales, como son la tiña, el muguet, etc. También el Dr. Rodriguez Mendez considera el contagio como el tránsito del agente existente en otro punto, en el agua, el suelo, los alimentos, á otro ser vivo, al hombre; y, volviendo la idea, la posibilidad de que un ser humano contagie al suelo, á las aguas, las cuales sufrirán un padecimiento que si no acaba pronto, podrá volver al hombre y así sucesivamente. Y de este concepto del Dr. Rodriguez Mendez se ve surgir la división antigua y clásica de contagio *directo* ó *inmediato,* producido por el mismo enfermo, é *indirecto* ó *mediato,* determinado por algo que ha estado en contacto con él.

II. Vamos á ver, con estos conocimientos, si la gripe es enfermedad contagiosa, si hay hechos que demuestren el tránsito de ella de un individuo enfermo á otro sano, si un objeto cualquiera procedente de sitio epidemiado ha producido la afección á individuo sano.

El sabio epidemiólogo español Villalba, al describir la epidemia de 1767, niega á la gripe carácter contagioso, aunque le reconozca carácter epidémico. Dice así: «Es digno de toda memoria el catarro que por el mes de Diciembre se notó en Madrid y en otras partes de España, y se dieron noticias de haberse

padecido en toda la Europa en el preciso espacio de dos meses. De estas historias, dice Escolar, remitiéndose también á las de 1728 y 1734, solamente sabemos, que la enfermedad fué común y verdaderamente epidémica y general; que acometió al mismo tiempo á muchos y por mejor decir á los más, sin distinción de temperamento, sexo ni edad, y aún sin reserva de clima ni región; pero no consta, ni puede afirmarse si hizo tránsito de unos á otros, comunicándose y propagándose por contagio; por lo cual se da á entender, que el contagio no es caracter propio ni inseparable de todas las enfermedades epidémicas aunque sean perniciosas.»

En cambio el doctor Cibat, al relatar la de 1806, fundándose en los mismos motivos que Villalba, admite la contagiosidad. Estas son sus ideas con su propia expresión. «Como las enfermedades contagiosas son por desgracia poco conocidas en sus principios, mayormente si son benignas, es por esto, que cuando aparecieron en Barcelona estas calenturas, fue opinión general que eran efecto de la estación; creció el número de enfermos y en razón directa los puntos ú hogares de infección y muchos facultativos solo creyeron que eran epidémicas, cuando esparcidas por toda la ciudad las semillas, ó gérmenes del contagio, se extendió la epidemia con asombrosa rapidez. Esta epidemia yo opino que fué efecto de contagio traído por reclutas que vinieron de los ejércitos del Norte, por ser esta enfermedad tan común en aquellos países, que la padecen epidémicamente casi todos los años.—El adolecer sucesivamente de la misma enfermedad todos los individuos de una familia cuando empezaba uno de ellos á padecerla y la facilidad con que se multiplicaban y reproducían sus gérmenes, prueban hasta la evidencia su caracter contagioso.—Menguó la enfermedad en la ciudad, empezaron sus moradores á salir al campo y de repente se extendieron esas calenturas á todos los pueblos de sus alrededores, de manera que son pocas las familias y los individuos de ellas, que se hayan eximido de padecerlas.» Estas observaciones son hechas por una inteligencia clara y que juzgó sin prejuicio los hechos sometidos á sus sentidos.

El Dr. Juan Haygart, célebre médico de Chester, mentado por Fuster, ha legado pruebas incontestables de contagio referentes á las gripes de 1775 y 1782. Este práctico siguió tan minuciosamente los pasos de este mal de casa en casa y de enfermo á enfermo, que es imposible no concederle una trasmisión contagiosa. Un médico de la primera mitad de este siglo, el Dr. Lucchini, al describir la epidemia que sufrió Roma en 1837, dice: «¿Cómo explicar su viaje por Europa sin admitir la importación de un contagio? De otro lado fueron iguales las vicisitudes atmosféricas de los países atacados por la enfermedad, luego si dependiese de alteración manifiesta ú oculta del aire, la invasión hubiere sido contemporánea y no sucesiva. Además aquí, no menos que en otras ciudades, se ha repetido el hecho de que atacado un individuo de una familia, pronto los restantes enfermaban. Y también fué posible conocer siempre donde el enfermo adquirió la dolencia.»

Los hechos más conocidos de la epidemia de 1889-90, relativos al contagio, los expondré á continuación.

Furbringer (Soc. de Med. int. de Berlín, 16 Diciembre 89) observó que la mayoría de enfermos que entraron en el hospital de Friederichshain vivían cerca de él y le parece que la gripe no es contagiosa de persona á persona, puesto que los dependientes del hospital no ofrecieron contingente á la epidemia y solo un enfermo, entre mil, adquirió la gripe en el medio hospitalario. Kirsch (Berlín) médico de un asilo de mugeres en el cual solo entran un criado y el médico, vió que, apesar de tratarse de personas enfermizas, estaba en su auge la epidemia en la ciudad cuando aun no se había presentado en dicha casa benéfica. El sabio paidópata profesor Henoch, relató en la sesión del 7 de Enero de 1890, que en la división de niños enfermos del Hospital de la Caridad, aislada de lo restante, no se observó ninguna invasión de gripe ni entre los infantes, ni entre los empleados. Guttman (idem) cuenta que en el puerto de Brest se obser-

vó lo siguiente. La tripulación del *Bretagne* sufría la gripe y las del *Austerlitz* y del *Borda* fondeados junto aquél, permanecían libres é igualmente lo estaba la ciudad. Una indagación demostró que un oficial del *Bretagne* había recibido correspondencia de París, ciudad ya epidemiada, y de él se propagó á la tripulación. El Sr. Bremond (As. fr. para el progr. ciencias. Limoges, 90) refiere que en Pondichery tuvo la gripe después de haber recibido el correo de Francia; fué el único caso, porque quemó enseguida sus papeles.

En la Academia de Medicina de París, 28 de Enero de 90, expuso el Dr. Bouchard los siguientes hechos, observados por el señor Tueffert, médico de Montbeliard. La gripe apareció en Montbeliard el 13 de Diciembre de 1889; existía ya en las poblaciones vecinas Neufchatel y Locle. El día 9 de Diciembre un vecino de Montbeliard que fué á París, permaneció gran parte del día en una enfermería donde había varios enfermos de gripe. De vuelta á su pueblo tuvo la gripe el día 13; el día 17 fueron atacadas sus dos hijas y el 19 su hijo. El día 20 un amigo de ese joven con quien diariamente se relacionaba, cayó igualmente enfermo de influenza, el 21 su padre y el 23 su madre, un tío y tres muchachos de la familia. Además la importación se hacía por otras vías: el 21 padecióla un negociante que había estado en Neufchatel y el 22 otro negociante procedente de Solevre.—El Dr. Ollivier cree igualmente en la contagiosidad de la gripe. Y cita en prueba de ello los siguientes casos: una dama contrae la gripe, la que le produce expectoración profusa y debilidad extrema; para combatirla se la ordene que masque carne; cada vez que deja un pedazo de ella se guarda para darla á un gato, el cual á los 13 días también enfermó de gripe.—Hace, además, 15 años, añade, presenté la evolución de la epidemia de gripe en gatos: un gato griposo es recogido por una familia; murió á los dos días después de haber comido junto con cinco gatos de la casa; estos contrajeron la gripe y cuatro murieron, en la autopsia de los cuales hallé bronquitis con focos de bronco-pneumonía, cuya complicación constituye el mayor peligro de la gripe. Estos diversos hechos, concluye Ollivier, prueban que la gripe es contagiosa por los esputos y el moco nasal y bucal (Soc. med. Hospi., 14 de Febrero de 1890).

También las observaciones que vamos á relatar recogidas por el Dr. Antony, médico militar, prueban la contagiosidad de la gripe. Recibió en su servicio de Val-de-grace, desde el 4 al 31 de Diciembre 66 enfermos de gripe y tuvo además 14 casos interiores. Los primeros de estos últimos casos recayeron en enfermos que ya existían en sus salas, á los 3 días de haber recibido los primeros griposos. Habiendo sido estos enfermos entrados repartidos al azar por la enfermería, observóse que 11 de los 14 casos interiores, aparecieron de 1 á 4 días después de la instalación de un enfermo griposo en la cama próxima. Concluye Antony de estos hechos, que la gripe procede como otras dolencias contagiosas, el tifus exantemático, por ejemplo.

El Dr. Barth, creyó enseguida en la contagiosidad de la gripe, lo propio que Grasset, Comby y Teissier.

El clínico italiano De Dominicis, expresó textualmente lo que sigue: «Según múltiples observaciones me parece que la trasmisibilidad personal no puede excluirse absolutamente, lo que la asemeja á la del sarampión y del tifus exantemático.» Y Bozzolo se fundaba para admitir el contagio en los siguientes hechos, que ya he expuesto detenidamente en el sitio oportuno. Por ser invadidas primero las ciudades que los pueblos; en que la temperatura no influye en su desarrollo; en que se presenta primeramente en locales donde se hallan formando vida comun muchas personas: colegios, cuarteles, etc., después de lo cual se difunde aisladamente atacando de una vez á toda una familia; en que los médicos peligran más que otras personas; y porque con dificultad penetran en los sitios cerrados á las relaciones con el exterior. Comparando la epidemia de 1889-90 con la de 1732, dice que si la primera pasó de Rusia al Sud de Europa en pocas semanas, así como la última necesitó un año, fué debido al au-

mento y rapidez de los medios de transporte y á las mayores relacíones entre los diferentes países.

Foá sostuvo que la enfermedad puede ser llevada por corrientes aéreas, como lo quiere demostrar con la observación de haberla sufrido un buque en alta mar salido de un puerto libre, el cual llegó á su destino cuando aquél puerto aun continuaba inmune; no niega que el hombre propague el mal, pero considera la enfermedad miasmático-contagiosa. Y Forlanini apoyándose en observaciones propias, cree que no siempre el contagio es directo, sino que el aire tiene un papel notable en la difusión.

El Sr. Alison, en un trabajo sobre la epidemia de gripe que en 1891 pudo observar en Baccarat, cita dos casos de contagio muy curiosos. Una muger hacía dos años que estaba afecta de blefaritis simple del ojo izquierdo; después de haber visitado á una amiga afecta de gripe, sintió á las veintidos horas malestar, cefalalgia, escalofríos, blefaritis intensa (que se hizo pronto purulenta) y se sucedieron todos los demás síntomas de influenza (angina, bronquitis...) Aquí la puerta de entrada fué la mucosa del globo ocular. Pero en el segundo caso se efectuó el contagio por la mucosa vaginal: una muger tuvo un fuerte catarro agudo de la vagina, al día siguiente de haber cohabitado con su marido convaleciente de gripe, y veinticuatro horas más tarde se manifestaron los síntomas en el aparato respiratorio. Pero los hechos comprobados por el profesor Salomone-Marino, le inducen á considerar la propagación de la gripe debida al contagio y sólo al contagio, ya por el hombre, ya por los objetos de su uso. Excluye la trasmisión aérea á no ser que se efectúe á muy cortas distancias, y cree que si el viento arrastra de un punto epidemiado el micro-organismo patógeno de la gripe, el mismo viento contribuye á diseminarlo y perderlo y tal vez con ese arrastre queda desprovisto de actividad.

Pestalozza *(Riv. ital. di Ter. é Igiene,* 1891, p. 181), refiere que los primeros casos observados en Rovescala, recayeron en dos individuos procedentes de puntos ya invadidos, los cuales habitaban sitios completamente opuestos de la localidad; de estos dos sitios convertidos en centros de contagio, el mal se difundió de casa en casa; entrando la gripe en una familia, todos los individuos la sufrían, observándose, es verdad, que algunos individuos (entre ellos el autor) en contacto continuo con enfermos quedaron libres, fenómeno que se explica por inmunidad natural.

Cuando un sugeto llega de punto libre á otro epidemiado y se contacta con enfermos de gripe y contrae la enfermedad, se ofrecen dudas para descifrar si le contagió el aire de la localidad ó si fué la proximidad del griposo. El siguiente caso motiva lo que digo.

Un joven fuerte, va de población lejana, libre, á otra epidemiada; es recibido en casa unos parientes, de cuya familia compuesta de cuatro individuos hay tres enfermos en cama y el otro que les cuida también está afecto pero no tiene tanta necesidad de permanecer acostado. El paciente recien venido, ruega al que hace de enfermero, que se cuide como los otros que él le sustituirá en sus servicios, proposición que es aceptada, y al cabo de doce horas ofrecía ya el quebrantamiento y malestar propios de la gripe. Quedan dudas aquí si el contagio se hizo directamente de los enfermos al sano ó bién si procedía del exterior por hallarse en un sitio infectado, siendo más natural el primer hecho que el segundo. De otro lado prueba este hecho que la incubación puede ser corta, todo lo más 12 ó 13 horas.

Limítome, por último, á la memoria publicada por el Dr. Parsons sobre el contagio de la gripe, que se expresa de esta manera. Es por contagio, por trasmisión directa de persona á persona, que se propaga la gripe y no por otra vía misteriosa y desconocida. Los principales elementos que invoca el doctor inglés son estos: 1.° La observación frecuente de casos múltiples que recaen en una misma casa. 2.° Casos numerosos en que el primer griposo de una familia ó de cualquier centro humano, puede ser claramente atribuido al contacto con otro

enfermo ó á la visita hecha por dicho griposo á una localidad epidemiada. 3.º La preferencia en contraerla individuos que no viviendo en el foco de la enfermedad van á él por sus ocupaciones; en los sub-urbios de Londres, se ha visto primeramente en aquellos sujetos que por sus quehaceres iban diariamente á la ciudad. (De contagio semejante he citado un caso al estudiar el modo de propagarse las epidemias de gripe). 4.º La inmunidad relativa de los sujetos que vivían en condiciones tales, de las que podía excluirse toda posibilidad de contagio.

Cita también Parsons el extraordinario contingente de enfermos que á la epidemia aportaron los empleados de grandes centros, circunstancia que ya en varios puntos he mentado, como son talleres, escuelas, centros industriales, etc. Refiere que los torreros (guardianes de faros) que viven expuestos á todas las intempêries, pero en un aislamiento casi absoluto, se libraron sino del todo, considerablemente. De 400, solo 8 contrajeron la enfermedad y la inquisición debida demostró que se habían expuesto al contagio.—Apenas observóse en pescadores que pasan la mayor parte del tiempo en el mar; siempre que uno de ellos ofrecía la enfermedad, se debía á que había desembarcado y entonces la contraía la tripulación restante, apesar del alejamiento en alta mar y diferencia de condiciones atmosféricas. Un ejemplo del mismo orden se ha observado, añade, en la epidemia del mes de Mayo de 1891. El *Thunderer* salió de Portsmouth, donde reinaba la enfermedad, con algunos casos de influenza á bordo; al llegar á Gibraltar contaba más de 100 enfermos. Si bien es cierto que una embarcación puede llevarse partículas de la atmósfera terrestre, es difícil sostener este argumento cuando se trata de un trayecto tan largo como de Portsmouth á Gibraltar y debe admitirse que son los primeros casos que han engendrado los otros por contagio. (En la Coruña embarcóse en un buque que llevaba 400 pasageros sanos, un enfermo de gripe y la sufrieron 300 individuos: Dr. Taboada). Concluye Parsons de todos estos hechos que la gripe se propaga casi exclusivamente por contagio de hombre á hombre—*human intercourse.*—

Debe contarse también el contagio por los vestidos, mercancías, cartas, etc., si bien la importancia y valor de este modo de trasmisión no está claramente precisado.

De este conjunto de datos y observaciones se deduce que la gripe es enfermedad contagiosa, esto es, trasmisible de un individuo á otro, ya directamente, ya por medio de objetos usuales. Es claro que en el curso de una epidemia es difícil poder precisar la procedencia, porque no es dable fijar la relación que se haya tenido con individuo enfermo, pero cuando menos al principio de ella y en población pequeña, no es raro poder hacer tal observación: muchos casos apuntados lo prueban claramente. Como el contagio sabemos que no se debe á propiedades físicas del aire, ni es debido tampoco á condiciones meteorológicas dadas, sino que para ello es necesario la existencia de algo viviente, de un ser pequeño, de un micro-organismo, resulta que importa para aclarar el asunto y poder decir la última palabra sobre la naturaleza de la gripe, estudiar el microbio conocido como productor de esta enfermedad.

III. Microbio de la gripe.—La tantas veces citada epidemia de 1889-90, abrió para la influenza la era de los estudios bacteriológicos. Del caracter manifiestamente contagioso de la enfermedad se dedujo su naturaleza microbiana y se buscó en todas partes del organismo, en las secreciones de las vías respiratorias, en la sangre de los enfermos, el microbio específico.

Los primeros experimentadores no alcanzaron resultado, pues en las vísceras y en las diversas secreciones solo hallaron microbios vulgares y conocidos. Entre ellos, los encontrados con más frecuencia, son los comensales habituales de nuestra cavidad buco-faríngea convertidos en virulentos:

Ya es el *estreptococo* que Bouchard, Vaillard y Vincent, Ducazal, Laveran, Chantemesse y Vidal, encontraron en la espectoración y algunas veces en

las vísceras de los griposos. Ya es el *pneumococo* que Ménétrier encontró en 1886 en las pulmonías gripales y que Weichselbaum y Netter encuentran en todos los casos. Ya es el *pneumo-bacilo* de Friedlander que observaron Letulle y Frazer James. Y, en fin, ya es el *estafilococo* señalado por Borchardt.

La banalidad y multiplicidad de los microbios hallados en la gripe fueron tales, que muchos autores se preguntaron si la gripe tenía un bacilo específico, ó si era más lógico suponer que era debida á la pululación en el organismo humano de microbios vulgares, que bajo influencias no precisadas habían exaltado su virulencia. Algunos, sin embargo, estuvieron en lo cierto al suponer que los microbios hallados, eran agentes de infecciones consecutivas á la gripe y que el específico de ella aún nos era desconocido.

Varios microbiólogos creían haberlo encontrado y aislado. Otto Seiffert, de Vurzburgo, descubre en las secreciones nasales y bronquiales, un microbio agrupado en cadena; Jolles y Kirschner, describieron cada uno un microbio encapsulado parecido al pneumo-bacilo; Klebs, señala en la sangre mónadas con flagelos; Kowalsky, describe dos bacilos especiales y un micrococo; Babés, una bacteria parecida á la bacteria séptica y una bacteria pálida encapsulada; Kruse, Pansini y Pascuale, hallaron en 50 enfermos, un diplococo especial y estreptocos que no se coloran por el método de Gram; Arloing, un bacilo eberthiforme; á Cornil y Chantemesse, les fué dable separar de la sangre un bacilo marcadamente patógeno para el mono y el conejo; etc.

De todo esto se deduce solo una cosa: la importancia de las infecciones secundarias en la gripe.

Ya que los procedimientos de técnica bacteriológica ordinaria no habían dado el resultado apetecido, Pfeiffer creyó que, como se hizo para descubrir el microbio de la tuberculosis, era menester seguir una nueva técnica.

En efecto Pfeiffer, venía observando en las secreciones de los griposos, la presencia de un bacilo delgado que se decoloraba por el método de Gram, pero que no había podido cultivar con los procedimientos ordinarios. Una circunstancia feliz le guió á hacer el descubrimiento. Mientras no había obtenido resultado con las tentativas de cultivos siguiendo el método de Koch (lavados sucesivos con agua esterilizada), alcanzó resultados positivos en un solo caso en que efectuó la siembra directa del moco griposo sin lavado anterior; pero no pudo obtener nuevas germinaciones sobre medios ordinarios.

De esto concluyó que solo aquel microbio se desarrollaba en presencia de ciertos elementos procedentes del pus ó de la sangre. Para obtener los cultivos en serie, era menester añadir estos productos necesarios á los medios nutritivos habituales y ensayó el más simple de estos productos, la sangre, y vió que la adición de ella á la gelosa ó al caldo, permitía facilmente el cultivo en series del bacilo hallado en los esputos.

En seguida de publicado su trabajo, se dieron á luz nuevos estudios. Kitarato, aisla de los esputos y cultiva un bacilo parecido al de Pfeiffer. Canon, encuentra este mismo microbio en la sangre, al revés de lo aseverado por Pfeiffer. Weichselbaum, que había combatido las ideas de Pfeiffer, las admite completamente, lo propio que hicieron Huber y Klein. Chiari, después de practicar la autopsia de un griposo, lo halló en el pus de los bronquios y en el jugo pulmonar en tres casos, en dos de ellos solo y en el otro asociado al pneumococo. Pribam, observa este mismo microbio en 27 casos. Borchardt treinticinco veces en 50 enfermos. Pielike, lo aisló quince veces en 35 casos.

Algunos dudaron de que fuese el griposo el bacilo descrito por Pfeiffer. El mismo alemán Pfühl, objetó los trabajos de este autor; con todo, los caracteres que él atribuye al suyo concuerdan en más de un punto con el de Pfeiffer. En Francia, Teissier, Roux y Pittión (de Lyón), dan caracter específico á un bacilo de aspecto eberthiano, que se halla en los esputos, orinas y sangre de los griposos, siendo patógeno para el conejo, en el cual reproduce el cuadro de la gripe humana. Jarron, describe como productor de la gripe, un bacilo grue-

so que germina en la gelatina y la patata y que también es parecido al de Eberth. Más tarde Trouillet (1895), asigna las propiedades de especifidad á un micro-organismo móvil, provisto de pestañas, que se presenta ya en la forma de diplococo, ya de bacilo, ya de estreptobacilo, que se encuentra en la sangre y en las secreciones de los griposos; el cual en los conejos y conejitos de Indias, produce una afección semejante y los mata en un período de 2 á 20 días.

Pero los estudios bacteriológicos efectuados posteriormente y los mismos de Metchnikoff, prueban que el bacilo descubierto por el doctor Pfeiffer es el específico de la gripe.

Este bacilo se encuentra especialmente en los esputos y mejor en aquellos que proceden de los pulmones, porque los de la tráquea y bronquios suelen contener otros microbios, habituales ó comunes en la parte alta del aparato respiratorio. En la sangre también existe, como ya dijo Canon en 1892, aunque lo negara Pfeiffer, como estudios posteriores y en especial los de Kramer y Coronado lo comprueban.

Para buscar el microbio de la gripe en los esputos, basta que el enfermo se lave bien la boca, que los escupa en un receptáculo de cristal y que se recojan las partes más densas (en las que existe á veces el microbio en cultivo puro) y colocarlas con los métodos ordinarios, solución de violeta al tercio, azul fenicado que es el preferible (Kramer), rojo de Ziehl, etc., prolongando unos 12 minutos el contacto, pues es bacilo que se colora con dificultad. Pfeiffer había dicho que el bacilo de la gripe no podía tratarse con el método de Gram; pero Kramer ha comprobado lo contrario y Pfeiffer mismo lo ha confirmado.

Empléese cualquiera de estos métodos, se vé al examen microscópico, entre filamentos de moco y leucocitos, unos bastoncillos muy delgados. Es el más fino de los bacilos conocidos; es dos ó tres veces más largo que ancho y esto que es muy corto. Sus estremidades son redondeadas y como á veces existen dos de asociados, tiene el aspecto de un diplococo. En su periferia no existe cápsula colorable.

Ya sabemos que no germina en los medios habituales de cultivo. Es menester emplear un método especial; el mejor consiste en añadir al cultivo sangre de hombre, de perro, de conejo,... siendo la mejor la de pichón (que puede recogerse de una vena que tiene debajo el ala) por su riqueza en hemoglobina, pues esta substancia, según ha comprobado Huter, empleándola directamente como medio de cultivo con la gelosa, es la que favorece la evolución del bacilo gripal.

Aparecen en la superficie del cultivo numerosas colonias, incoloras, muy semejantes á las gotitas de rocío de las siembras del pneumococo, pero más pequeñas y más difíciles de observar.

Estas colonias no se hacen confluentes y las más notables y distintas son las que se logran con el procedimiento mencionado de Huber, pues duran hasta 38 y 40 días.

A veces el microbio descrito no se presenta como un bacilo, sino como un filamento, pero que en realidad, según ha comprobado Klein, se compone de elementos cortos, unidos por sus extremos en una vaina común.

Pfeiffer sostuvo que es microbio aerobio, que empieza á desarrollarse á 26° y cuyo desarrollo cesa á los 42°. Pero Kramer ha revelado que puede vivir sin la influencia del aire, pues vive y vegeta en una atmósfera de hidrógeno, en una atmósfera pobre de oxígeno (método del pirogallol) y hasta en el anhídrido carbónico. Con estos medios asegura Kramer que tiene vitalidad mayor que en contacto del aire; pues así como en los cultivos aerobios vive 10 ó 14 días, en los anaerobios vive bién al cabo de tres semanas.

El Doctor T. V. Coronado de la Habana, ha publicado el siguiente método para reconocer el bacilo de la gripe, sin esperar á que germine en un medio de cultivo. Dice así:

«Para evitar los inconvenientes de las manipulaciones de siembras y culti-

vos en medios apropiados, entre aquellos que no cuentan con laboratorios; pero si tienen como es indispensable á todo clínico ilustrado, un simple microscopio clínico, he ideado y comprobado ya un fácil proceder que sólo requiere saber el manejo del microscopio.»

«En uno de mis baloncitos se toma la gota de sangre, después de lavar con simple agua hervida fría repetidas veces el dedo del enfermo. En vez de cerrar el cuello del baloncito á la lámpara, como se practica para el exámen bajo el punto de vista palúdico ó eberthiano, y una vez que la gotica se ha separado de la punta abierta, se envuelve ésta en una diminuta mota de algodón aséptico y se coloca en lugar seguro.»

«A las 24 horas puede practicarse un primer examen y si nada se encontrase se repetirá á las 48 horas de extraída la sangre.»

«En el caso de ser un griposo el enfermo, la gota de sangre se ha convertido en un cultivo de diplo y strepto-bacilos característicos de la gripe, que se verán en las preparaciones al natural; dotados de gran movilidad y bastando para ello solamente amplificaciones de 600 á 700 diámetros.»

Así como la vitalidad de este bastoncillo es considerable en los medios apropiados, es muy exígua en el agua esterilizada, en la que muere á las 24 horas; es necesario, no obstante, en el primer caso renovar las siembras cada 8 días; de este modo Pfeiffer guardó los cultivos hasta ocho meses.

Si se deseca resiste poco al frío y al calor. Muere á las 8 horas á la temperatura ordinaria; en una ó dos horas á la de 37°; y en algunos minutos á la de 60°.

Los animales son refractarios á la influenza expontánea. Con todo, Fiocca, de Roma, ha encontrado en la saliva de gatos y perros, un bacilo que tiene los caracteres del de Pfeiffer y que es patógeno para el conejo.

La inoculación de cultivos puros al mono y al conejo (en la nariz, en la tráquea, en los pulmones y en las venas) produce, según Pfeiffer, la enfermedad experimental. Si la dosis es pequeña, hay disnea, fatiga muscular y fiebre. Si es alta, la muerte llega en medio de debilitación creciente y descenso marcado de temperatura. En el mono la inoculación de cultivos puros en la tráquea, lo mata á los siete días, produciendo abscesos pulmonales sin generalización de las bacterias.

Se han practicado algunos experimentos para explicar la patogenia de la gripe. En efecto, Cantani (*Zeitsch. fur Hyg Infections Krank.*, 1897) ha inoculado directamente el microbio, ya debajo la dura-madre, ya en la substancia cerebral del conejo, previa trepanación. A las 8 ó 12 horas sobrevenía elevación de temperatura hasta ponerse á 42°; hipertermia pasagera, si la dosis no era mortal; después se paralizaban los extremos posteriores, los anteriores y al fin el tronco. La muerte se debía á parálisis cardíaca. Las lesiones anatómicas del sistema nervioso eran congestivas y hemorrágicas.—La dosis mortal era de 0'0005 de cultivo sobre agar, cultivo de 24 horas.

¿Cómo se propaga este bacilo? Según los experimentos de laboratorio referidos, la sequedad y el calor atacan la vitalidad de este microbio; luego el aire seco sería un mal vector; cuando menos en él puede resistir poco tiempo (Widal). Pero Bombici opina que el bacilo de la influenza conserva sus propiedades en estado seco y que puede ser trasmitido por el aire. El estudio de las condiciones climatológicas y meteorológicas de las epidemias y probablemente también los experimentos de laboratorio, hacen admitir que son muchas las causas que facilitan su propagación.

Toxina del microbio de la gripe.—La intoxicación gripal depende no solo de la existencia del microbio en la sangre, que ya sabemos que en ella existe, al revés de lo aseverado por Pfeiffer, sino también de la toxina que él segrega. Griffiths y Sadell, la han hallado en la orina; Jarron en los esputos y en la orina; Semmola con la inyección de orina de los griposos logró en los conejos reproducir la enfermedad; y Bruschettini ha demostrado que los cultivos del bacilo de la influenza filtrados pueden vacunar el conejo.

El suero de los animales vacunados, se convierte entonces en bactericida y antitóxico, confiriendo á su vez á los animales á quienes se inyecte inmunidad contra la infección y la intoxicación. Este suero, según Bruschettini, gozaría de propiedades curativas, pues inoculado á la dosis de $^1/_{42}$ de centímetro cúbico por kilógramo de peso á los animales infectados, produciría descenso térmico y preservería de la muerte á los conejos que ofreciesen á las 48 horas la forma más grave de infección.

De manera, que la gripe es verdaderamente enfermedad toxi-infecciosa. No solo su agente productor determina lesiones en el punto de entrada (aparatos respiratorio y digestivo), sino que atraviesa los bronquios, llega á la pleura y se observa en el líquido de la pleuritis; circula también con la sangre y puede trasladarse á otros puntos; además, segrega un cuerpo que excita los centros termógenos, produciendo calentura; trastorna el sistema nervioso y es causa de variados desórdenes, como se verá enseguida.

IV. Gripe esporádica.—El doctor Fiessinger de Oyonnax (Francia), se ocupó extensamente en 1893 de la gripe *endémica ó esporádica,* manifestación olvidada de la gripe frente la más conocida *ó epidémica.* He ahí lo que dijo dicho autor: «Todas las Memorias que, desde hace algunos años, se vienen publicando, se refieren á la influenza; la gripe endémica es considerada como una entidad insignificante. F. Widal no le consagra sino algunas cortas líneas en el *Tratado de medicina* de los Sres. Charcot y Bouchard: «Bajo el nombre de gripe—dice—se designan generalmente las pequeñas endémias de fiebres catarrales vulgares que en nuestras regiones, reinan durante el invierno.» El mismo autor se pregunta si esas fiebres catarrales temporales son quizás gripes aclimatadas, atenuadas, transformadas en su virulencia. En verdad hace ya mucho tiempo que la clínica ha contestado á esta pregunta. Stoll afirmaba ya la identidad de ambas afecciones. Más tarde, Raige-Delorme no se alejaba de semejante opinión. A juicio de Forget, de Maximino Legrand, de Fuster, la analogía es completa entre la gripe y ciertos catarros esporádicos. En 1868, Herard citaba la transformación de las enfermedades periódicas ó de estación en gripe. Brochin, Colín, desarrollan también la misma idea. Los nombres de Bucquoy, de Bertholle, de Lancereaux y Besançon, de Ménétrier, de Alison, etc., pertenecen igualmente á la historia de la gripe endémica.»

«En Rusia el doctor Tchnov presenta un cuadro sintomático de la gripe esporádica que disipa todas las dudas respecto de la identidad de la gripe esporádica y la influenza. En 1889 nosotros dimos el nombre de gripe infecciosa á una epidemia de gripe muy grave que había precedido en un año á la venida de la influenza; en 1890, establecíamos el paralelo entre ambas enfermedades é insistíamos acerca de su unidad sintomática, no sin dejar de hacer resaltar su contagiosidad diferente; desde entonces, en varios de nuestros trabajos, agrupábamos alrededor de la gripe endémica toda una serie de complicaciones raras. En opinión de Kelsch y Antony, la gripe existe siempre en estado de pequeños focos aislados, los cuales, al reavivarse, dan origen á la influenza. Esta misma idea es defendida por Didier en una tesis sumamente interesante. Esta opinión es la que también á nosotros nos parece ser la verdadera.»

Los caracteres principales que le asigna Fiessinger son los siguientes: Es poco contagiosa. No es importada de fuera. No dá inmunidad. Existen á la vez casos de pulmonía y anginas no específicas. Se vé con mayor frecuencia en los niños; pero cuando se hace más contagiosa es cuando los niños son menos atacados, siéndolo los adultos en proporción mayor.

Las formas que reviste son las comunes de la gripe que veremos más adelante. Esto la asemeja más á la gripe epidémica, pues entre las dos «es imposible trazar una línea divisoria.»

¿Cuál es el papel del microbio en estos casos? Los estudios de Baumler y Pfeiffer demuestran que son debidos al contagio, pues han comprobado en sujetos que habían padecido la gripe y especialmente en tuberculosos, que el bas-

toncito específico permanece algunos meses en los esputos. Estos sugetos, pues, son fuente de contaminación, como lo son los casos en que evoluciona la gripe bajo la forma crónica (Kramer, 1896) y se diagnostican de tuberculosis pulmonar.

Lindenthal más recientemente (1897), fundándose en estudios propios, sostiene que la gripe esporádica no se distingue bacteriológicamente, ni tampoco por la anatomía patológica, de la gripe epidémica.

Pero pregunto: ¿los estados comunmente llamados catarrales y que al parecer deben referirse á la gripe esporádica, no pueden reconocer otro orígen, salvo que el estudio bacterioscópico nos revele el bacilo de Pfeiffer? A las pocas horas de haber recibido un individuo una impresión de frío (el común corte de transpiración) se pone enfermo, con malestar general, cefalalgia, atontamiento, está impresionable al aire y algunas horas más tarde, ofrece la lengua saburral y la orina se vuelve sedimentosa, etc. Si este individuo no suda, si otra vez nò vuelve á funcionar su piel, sobrevienen desórdenes más intensos: es mayor la cefalalgia, están más perturbadas las funciones digestivas, aparece bronquitis, etc., etc.

Todo puede ceder aún: los síntomas cerebrales y respiratorios con la quinina; los desórdenes digestivos con los purgantes, los amargos y los ácidos... Pero si el individuo no se somete á un plan adecuado, puede desarrollarse alguna infección, porque algún microbio patógeno que exista habitualmente en los aparatos digestivo ó respiratorio, en la sangre, etc., puede determinar según su naturaleza, ó una tifoidea, ó una bronco-pneumonia, ó una angio-colitis, ó una nefritis, etc., etc.

Estas fiebres catarrales son de orígen químico: una intoxicación. Los elementos nocivos que debieran escaparse por la piel, quedan retenidos después del corte de transpiración; envenenan el protoplasma de las células de variados órganos, el cual á su vez lo está por los elementos químicos que él elabora y que no puede expulsar. De ahí los primeros síntomas.

Estoy íntimamente persuadido que estas auto-intoxicaciones transitorias, con fiebre más ó menos intensa y otros varios desórdenes, son más frecuentes de lo que se cree y son causa de muchos estados morbosos que se denominarán, y con seguridad se denominan, infecciones gripales.

V. Etiología de la gripe.—Ya sabemos como se propaga la gripe y cual es su agente productor.

Falta saber á quién invade y cómo invade. Lo primero pertenece á le etiología y lo segundo á la sintomatología.

No hay persona, sea cualquiera su edad, sexo ó temperamento, á quien respete el microbio de Pfeiffer. Es verdad que el individuo delicado, de poca resistencia orgánica, estará más propenso á sufrirla que otro que reuna mejores condiciones, cosa que es ley en patología general. Y también es cierto que el que sufre alguna enfermedad estará más predispuesto á la gripe que otro con salud normal y más si la enfermedad radica en el aparato respiratorio.

El sugeto que la ha sufrido estará menos predispuesto á ella que otro en condición opuesta; con todo, hay personas que sea por predisposición inexplicable ó por quedarles el microbio específico como parásito habitual en las cavidades nasales y peri-nasales, microbio que adquiere de súbito bajo causas abonadas condiciones patógenas, que la sufren dos y tres veces, como ha sido dable comprobarlo en la serie de epidemias sucesivas que han ido evolucionando desde la primera invasión del final del último decenio. El doctor Thibaudet, de Lille, ha estudiado las recidivas de la gripe que se ven en un período corto de 20 días á 4 meses, admitiendo la existencia de repetición de reinfecciones autóctonas que se fraguan en un terreno especial; á la par que está predisposición, es probable que exista virulencia mayor del agente patógeno.

Muchos datos que pueden incluirse en la etiología van expuestos en las páginas anteriores. Por lo tanto, para evitar repeticiones, no me volveré á ocupar de ellos.

VI. Incubación de la gripe.—No es posible precisar dentro una epidemia de gripe el tiempo que transcurre desde el momento del contagio al de la manifestación de la enfermedad. Solo en algún caso es dable saberlo; cuando un individuo va de lugar sano á otro infectado y ofrece la influenza al cabo de poco. Entonces, aunque no con exactitud matemática, es fácil sabiendo el tiempo transcurrido, deducir las horas ó días que ha tardado el germen á ofrecer sus manifestaciones. En un caso que tuve ocasión de observar, fué el período de incubación de unas 24 horas; en otro de 12 ó 13, como ya viene citado en otro punto.

La *Sodiedad Clínica,* de Londres (1892), apoyada en una serie de informes recibidos de muchos médicos, interrogados mediante circular acerca la duración del período de incubación de varias infecciones, dice que este período es en la influenza de uno á cuatro días; siendo el más comun de tres á cuatro.

Es, en resumen, la enfermedad infecciosa que se manifiesta más pronto después del contagio.

Dice Fiessinger, que en la gripe endémica ha visto casos en que el período de incubación ha sido de veinticuatro horas; pero también cita alguno que ha sido de vientiun días.

FORMAS DE LA GRIPE

CAPÍTULO I.—Formas comunes

Aspecto general de varias epidemias: 1.º División de las formas de la gripe. 2.º Rasgos comunes á todas.—I. Forma eruptiva; erupciones secundarias.—II. Forma febril simple; forma apirética.—III. Forma bronco-pulmonar ó respiratoria.—IV. Forma gastro-entérica; apendicitis; tiflitis; infección intestinal.—V. Forma cérebro-medular; delirio; meningitis; hemorragia cerebral; etc.—VI. Convalescencia.

Delante un enfermo de gripe no es posible prescindir de los conocimientos que aportan la bacterioscopia y la epidemiología, y en especial la última, observando la manera de presentarse diferentes casos clínicos, más ó menos semejantes, su propagación, su número, etc., para poder guiarnos en la evolución y síntomas de la dolencia del individuo que se ha sometido á nuestro cuidado.

Creo útil antes de exponer las formas clínicas principales con que la gripe se presenta, resumen fiel del modo como se ha visto en varias epidemias y tal como en los tratados clásicos de Medicina se describe, referir sucintamente las diversas modalidades que en varias ocasiones ha ofrecido.

Diré transitoriamente, que se caracterizan tres formas: bronco-pulmonar, digestiva y nerviosa, según sea el predominio de los trastornos.

Quizá la primera epidemia que se ha descrito con mayor acierto fué la de 1510. Sábese que de la isla de Malta, invadió Sicilia, Italia, España, Portugal, Francia, Germania, Hungría é Inglaterra. Tomás Short relata así la sintomatología: los enfermos tenían escalofríos, dolores cefálicos gravativos, ruído de oídos, ronquera, dificultad respiratoria, pérdida de fuerzas y de apetito, inquietud y vómitos producidos por tos muy intensa que casi ocasionaba asfixia. En los primeros días no había expectoración, pero desde el séptimo al octavo se presentaba viscosa y abundante; algunas veces era como de agua espumosa; al empezar la expectoración calmaban la tos y la anhelación. Nadie moría, excepto alguna criatura. En algunos desaparecía la enfermedad con diarrea; en otros mediante sudor. Las purgas y sangrías resultaban perjudiciales.

Los esquemas que siguen, hechos de las relaciones de testiguos visuales de cuanto relatan, corresponden á diferentes epidemias; esquemas útiles para conocer las varias y distintas maneras de manifestarse la gripe.

La manera con que se presentó en París el año de 1427 una epidemia que debe ser la gripe, según refiere el diario de un burgués del tiempo de Carlos VI y Carlos VII, fué la siguiente: «En ce temps, environ quince jours devant la »Sainct-Rémy (es decir, hacia el 15 de Septiembre), cheut ung mauvais air co»rrompu dont une trés malvaise maladie avint que on appelloit la dando, et n' »estoit nu ne nulle qui aucunement ne s' en sentist dedens le temps qu' elle dura. »Et la maniére comment elle prenoit: elle començoit es rains et es espaulles, et

»n' estoit nul quant elle prenoie qui ne cuidast avoir la gravelle, tant faisoit »cruelle doleur, et aprés ce á tous venoient les assées ou fortes frissons, en es- »toit-on bien VIII ou X ou XV jours que on ne povoit ne boire, ne menger, ne »dormir, les uns plus, les autres mains; aprés ce venoit une toux si trés mau- »vaise á chacun que quant ou estoit au sermon, on ne povoit entendre ce que le «sermoneur disoit, pour la grant noise des tousseurs».

En lo *Llibre de coses assenyalades* (Libro de hechos notables), publicado por Cosmes en 1583, se describen los síntomas de la enfermedad vulgarmente llamada *catarro,* sufrida en Barcelona en 1580 y que no era otra que la gripe: «Nuestro Señor fué servido á principios de Agosto del año presente y corriente »1580, principalmente por nuestras culpas, que desde el día de Nuestra Señora »de Agosto hasta el de San Roque, cayesen enfermos en la presente ciudad de »Barcelona más de veinte mil personas de una constelación de aire caliente, la »cual invadía á todos sin ninguna distinción, y cayendo enfermo uno en una »casa, todos la pasaban; bien que conforme á la disposición en que encontraba »á los cuerpos humanos, los unos curaban muy presto, otros con gran dificultad, »y muchos jóvenes curaron de aquella constelación y enfermedad popular y »otros murieron, principalmente personas delicadas de pecho, viejos, niños de »teta y mujeres embarazadas; los niños, faltándoles la leche, que es su alimen- »to, morían de hambre; los viejos, por no tener fuerza para poder expectorar »las materias de su pecho, morían asfixiados, y muchas mujeres embarazadas »por causa de la tos abortaban, y de aquí morían muchas. Cuya constelacion de »tiempo y enfermedad popular acarreaba los accidentes siguientes: gran dolor »de cabeza, gran dificultad en la respiración, voz ronca, escalofríos y después »fiebre y mucha tos. En los primeros días aparecía la tos seca y sin ninguna »expectoración, pasados los siete días ó los catorce expectoraban mucho; en to- »do el decurso de la enfermedad tenían laxitud y dejadez; debilitación de las »facultades intelectuales, inapetencia para cualquiera suerte de manjares, gran »insomnio por causa de la tos, y muchos al final de la enfermedad tenían dia- »rrea y sudor, cuya evacuación de sudor curaba á muchos y prestó mucha utilidad.» (Balaguer y Oromí. *La gripe en Barcelona, 1890.)*

En la epidemia de 1733, según el Archivo de la Comunidad de beneficiados de la iglesia parroquial de San Jaime de Barcelona, se inició la epidemia por suma sequedad del aire y vientos continuados, de los cuales se originaron frecuentes *males de costado* y fiebres malignas, éstas especialmente en los pobres que no podían cuidarse.

El Dr. Huxham refiere de este modo la epidemía de 1732-3 que observó en Inglaterra: Empezaba el mal por algunos escalofríos, seguidos de calor fugaz, cefalalgia y violentos y fastidiosos estornudos; después aparecían dolores fugaces en el dorso y tórax, que aunque no durasen mucho, eran bastante molestos, aumentando con la tos, en cuyos accesos expectoraban grande cantidad de moco fluido, que salía también de la nariz; los síntomas semejaban los de un enfriamiento, pero en seguida aparecía fiebre, que aumentaba con rapidez; el pulso al principio no era frecuente, pero pronto se hacía duro y rígido como en la pleuritis; la orina no era roja, sino blanquizca y turbia; la lengua no se ofrecía seca, sino cubierta de capa de moco-blanquecino. Muchos tenían dolores de cabeza; algunos delirio. A bastantes les atormentaba el *tinnitus aurium* ó una especie de gritos que sentían en la cabeza y también dolores en el meato auditivo que terminaban en absceso. También eran comunes hinchazón y ulceraciones en las fauces. El enfermo sudaba mucho y contínuamente. En general á los dos ó tres días desaparecía la fiebre.

La epidemia de 1775 fué notable por el predominio de fenómenos biliosos. En la epidemia de París de 1830, los calambres y trastornos intestinales, que según Hardy y Behier recordaban el cólera. Y en la que describe Graves, observada en Irlanda en 1837, los enfermos tenían fiebre; en cambio, en la de 1847 algunos no la tenían, y fueron comunes síntomas disneicos (ortopnea) sin lesión pul-

monar que los explicase. En la epidemia citada de 1837 menudearon en París las complicaciones pulmonales y la terminación por tisis, según refiere en un informe el profesor Proust (1890) y como también había dicho Nonat.

La que se observó en 1848 en Barcelona (según el *Telégrafo médico),* no guardó el cuadro sindrómico la regularidad de otras epidemias. «Unas veces su »principio productor, llevando su acción al dermis de la cara, ha producido »erisipelas flegmonosas y erupciones amorfas, que solo se reconocían por su »manera particular de presentarse y los fenómenos concomitantes; otras, un »simple coriza y ligera oftalmía con algo de epífora y fotofobía, eran solo las »señales de la invasión de la *influenza,* que así se le ha llamado también; en al»gunos casos dolores vagos hacia las órbitas, senos maxilares y frontales, así »que en el occipucio, hombros y cintura indicaban la presentación de este gé»nero de catarro, sin llevar más adelante su propagación; en ciertos otros, in»ternándose más en el organismo, vino la acción de la causa productora, y »obrando exclusivamente sobre el centro cerebral, ocasionaba vértigos, que »eran bien pronto seguidos de vómitos y defecaciones involuntarias, con frío y »aun rigidez; otras limitándose los padecimientos al tubo gastro-intestinal, se »verificaban evacuaciones por arriba y deyecciones simultáneas, que con los »dolores de vientre y los calambres simulaban en ciertas ocasiones un verdade»ro *cólera;* otras limitada casi exclusivamente la irritación al colón y recto, pro»ducía diarrea y aun deposiciones disentéricas, y otras, en fin, fijándose la irri»tación en la laringe, tráquea y bronquios, determinaba en diferentes grados »inflamaciones más ó menos violentas de todas estas partes.» *(Telégrafo médico.* Barcelona, 1848.—Doctor Aguayo).

En cambio, la de 1852 fué benigna: sus síntomas se reducían casi siempre á un simple coriza que no impedía á los enfermos dedicarse á sus ocupaciones. «El oirse de contínuo el estornudo en templos, paseos, teatros y la benignidad »del mal, fueron causa de que se le diese jocosos calificativos, siendo el de »Don Simón» el que más aceptación mereció», título de una zarzuela que entonces se representaba con extraordinario aplauso. Esta epidemia la observaron y sufrieron nuestros padres. A esto se debió que al hablarse á últimos de 1889 de la gripe que existía en Rusia y saberse que iba propagándose rápidamente por Europa, las personas ancianas recibían con cierta incredulidad las noticias que circulaban de su malignidad intensa y esperaban con cierta alegria maliciosa volverla á ver, ya para reverdecer recuerdos siempre gratos de la juventud, ya para ser otra vez partícipes de aquellas escenas frecuentes de estornudeo. Pero ¡cuántos de ellos murieron á consecuencia de dicha enfermedad, que tan bien resistieron en otro tiempo!

Doy fin aquí á la exposición de los principales caracteres clínicos de distintas epidemias de gripe, para resumir las formas morbosas que sobresalen del conjunto de numerosos casos.

*
* *

Vienen á ser cinco las manifestaciones clínicas simples principales y características de la gripe: *febril simple, eruptiva. bronco-pulmonar, gastro-intestinal* y *nerviosa.* Los autores franceses y algunos alemanes se fijan más en las tres últimas, pero conviene señalar una gripe que produce malestar, abatimiento, fiebre, etc., trastornos que duran dos ó tres días y desaparecen sin ulterior resultado: á esta forma es la que denomino *febril simple.* A ella añadiré la *eruptiva,* casi tan común como la simple, al menos por lo que toca á la epidemia de 1889-90.

Después de esta epidemia se intentó clasificar las formas de la gripe. Landouzy admite tres: cefálica, pectoral y abdominal; Dujardin-Beaumetz, dolorosa, gastro-intestinal y catarral; Renvers, nerviosa, catarral y gástrica; diferentes nombres que vienen á expresar lo mismo. En epidemias anteriores se señalaban

las formas *leve* y *grave*, con la serie de complicaciones que á ésta subsiguen y lo propio ha hecho Kramer últimamente (1897).

Divido, pues, las manifestaciones de la gripe en cinco tipos: gripes eruptiva, simple febril, bronco-pulmonar, gastro-intestinal y nerviosa.

Todas ellas tienen algunos rasgos comunes: la aparición brusca de la enfermedad y la elevacion térmica. Sólo la última, si afecta el cérebro ó la médula, reviste formas que no principian de la manera apuntada, como cuando comienza por síncopes ó apoplegía, en cuyos estados no existe la hipertermia inicial.

Fuera de estas maneras de invadir, es común y general que un individuo completamente sano sienta casi de repente malestar grande que progresa por momentos, determinando quebrantamiento de huesos, cefalalgia gravativa intensa y escalofríos que preceden á la sensación de calor general sinónima de fiebre; y la fiebre es alta, pues en toda forma que se presente á continuación de este estado, se nota la elevación térmica junto con los demás síntomas que la caracterizan.

Todo esto obliga al individuo, que ya debe titularse enfermo, á recogerse en la cama y á llamar al médico, según la importancia de las manifestaciones que subsiguen.

A más de los síntomas indicados, suelen algunos sujetos tener estornudos y ligera tos (tos seca) si la localización mórbosa tiende á hacerse en el aparato respiratorio; y algún vómito si tiende á efectuarlo sobre el digestivo.

Poco á poco va tomando color el cuadro y se manifiestan los síntomas claros de una ú otra forma...; y digo mal síntomas claros, porque si bien es verdad que muchas veces queda el tipo clínico bien delineado y caracterizado, se nota en algunos sujetos una mezcla de desórdenes gástricos y bronco-pulmonares, ó de bronco-pulmonales y nerviosos, ó de nerviosos y gástricos, que hacen que el conjunto pático entre en dos ó más formas de las apuntadas. Esto que es tan común en la gripe, suele verse en otras dolencias, pues los tipos clásicos de división pocas veces se encuentran, sino la asociación de varios, lo cual; si de una parte dificulta el diagnóstico, agrava, de la otra, el estado del enfermo.

He referido que la gripe empieza bruscamente; que un individuo, del estado al parecer sano, pasa rápidamente al de enfermedad y muy grave. A esta rapidez en la presentación de la dolencia debe su etimología la palabra *grippe*. El arqueólogo francés Sr. Vacquer ha extraído una nota de un periódico de meteorología salido en Versalles en el siglo XVIII y publicado en el *Boletín de la Sociedad Meteorológica* (sesión de 8 Mayo de 1866), en la que se exponen los fenómenos meteorológicos acaecidos día por día durante el primer trimestre del año 1743. A estas observaciones añádase lo que sigue: «Durante los meses de Febre»ro y Marzo, hubo muchos resfriados y fluxiones de pecho en Versalles y París. »*Le roi nomma cette maladie la grippe.* Se notó que la sangría era contraria á la »enfermedad; las personas no sangradas y que bebían mucho, curaban más »pronto.» De modo que sería Luís XV quien bautizó á la enfermedad.

I.—Gripe de forma eruptiva

A las diez ó doce horas de haber comenzado el malestar y la calentura, vénse en el rostro del enfermo las siguientes modificaciones. Basta acercarse á la cama para notarle la cara bultuosa, encendida, roja; la frente, mejillas y cuello (partes descubiertas), ofrécense de color escarlata, están lisas y como tirantes; los párpados cerrados fuertemente, sin lágrimas ni legañas que humedezcan su abertura, y al entreabrirlos dejan ver la conjuntiva bulbar hiperemiada, no solo por vasitos tortuosos, manifiestos y abundantes, sino por una especie de sufusión rojiza; la superficie de la esclerótica está como desecada, la pupila contraída, miósica; la conjuntiva palpebral más colorada que de ordinario y también falta secreción que la lubrifique.

El enfermo cierra los párpados no sólo por el dolor cefálico que siente, sino también por el sufrimiento que le ocasiona el contacto de la luz sobre el iris y la retina; por esto le vemos miósico.

Las aberturas nasales anteriores están rojas, entumecidas y secas.

Los labios rojos y también secos; la lengua con capa blanca, saburral, y con escasa saliva en la boca. Existe hiperemia amígdalo-faríngea, causa de ligera disfagia.

Igual color eritematoso que en la cara existe en la parte anterior del pecho, llegando hasta el epigastrio; y corre igualmente por los extremos superiores á las manos.

Toda la piel está seca al principio.

Existe con estos síntomas una especie de modorra ó sopor, debido á la calentura y á veces ligero subdelirio. Hay inapetencia, repugnancia á los alimentos y sed excesiva.

Dura ese cuadro sintomático cosa de 24 horas; la piel de seca se pone húmeda, sudorosa, desaparece la coloración rojiza sin venir después descamación; la cabeza se aclara, mengua la fiebre, la nariz destila mucosidad fluída y sólo la lengua continúa igual, blanca y húmeda. Con un par de días más de indisposición queda el enfermo completamente restablecido.

La temperatura tiene algo de característico. Hay elevación brusca: en 24 horas llega á 40° y décimos; se sostiene así 10 ó 12 horas según la influencia del tratamiento y termina su evolución en poco tiempo, poniéndose al nivel normal. En tres días fine el desorden.

Esta forma es confundible con una fiebre eruptiva; pero faltan prodromos. La más semejante es la escarlatina; pero en ésta la erupción que le da nombre es intensa en todo el cuerpo, menos en aquella parte en que más predomina la *erupción gripal,* que es la cara. Algunos autores han hallado semejanza con la erisipela y sarampión; pero es raro, rarísimo, que una erisipela se haga tan extensa en tan pocas horas; aparte de que los caracteres de la erupción no son iguales, no hay el rodete marginal de la erisipela, abultamiento de la parte enrojecida, ni infarto ganglionar. En ningun caso he visto semejanza entre las erupciones gripal y sarampionosa, como algun clínico dice que á veces tienen. Tampoco ha semejado nunca la urticaria; ni menos el rash variólico: en primer lugar por ser éste más general y por ir precedido de prodromos, que, aunque parecidos, han sido mucho más duraderos.

Tal erupción puede confundirse con la que la antipirina produce en algunos individuos; he prescrito muchísimo esta substancia y observado varias veces tal erupción; hela visto localizada más en el escroto en el hombre y bajo vientre en la mujer, y generalizada á toda la piel bajo el aspecto de máculas papulosas en las criaturas. Esta última forma eruptiva recuerda el sarampión, en términos que en una niña de tres años afecta de coqueluche á quien prescribí la antipirina, se ofreció tan generalizada y de tal aspecto que durante los dos primeros días creí se trataba de dicha enfermedad.

De modo que aun habiendo prescrito la antipirina al comenzar los primeros síntomas de gripe, no puede sospecharse que sea consecutiva á su acción farmaco-dinámica. Rochard, distinguido médico de la marina francesa, sostenía esta opinión en la Academia de Medicina de París; pero es erupción fácil de distinguir por los caracteres descritos, y también porque, como dijo G. Sée, suele verse en muchos individuos que no han tomado antipirina.

Es más frecuente esta forma en los niños que en los adultos, en términos que por cada uno de éstos la he visto en siete ú ocho niños.

De todas las formas de gripe representó en la epidemia de 1889-90 la octava parte; de modo que fué bastante frecuente.

Numerosos clínicos extranjeros han referido en las diversas Sociedades médicas, casos variados de gripe en los cuales había erupción. Tanto es así que esta dolencia confundióse al principio con otra que también se manifiesta en

forma epidémica llamada *dengue* y que ofrece como síntoma culminante una erupción cutánea roja, por lo cual se ha denominado *fiebre roja*. Es enfermedad de los países cálidos y hasta el presente no se ha desarrollado en el centro y norte de Europa, en donde es común la gripe.

En la Academia de Medicina de París discutióse este asunto á últimos de 1889, y Dujardin-Beaumetz y Bucquoy mencionan la existencia de la erupción. Bucquoy dice que entre 500 niños griposos la ha visto en 157; la ha observado de aspecto escarlatinoso ó simplemente rosado; médico de un pensionado de niñas se presentaron enfermas de una vez 25 ó 26, todas en más ó en menos con los caracteres señalados anteriormente. Antony, de Val-de-Grace, la observó en 1890 en los soldados griposos. Y también la citan Grasset, de Montpeller, y Queirel, de Marsella.

Las diversas formas se observan en el mismo foco. En una misma casa, por ejemplo, se suelen observar griposos bronquíticos y griposos con erupción.

Esta forma eruptiva gripal aparece al comienzo de la enfermedad, lo cual sirve para distinguirla de otras erupciones que pueden sobrevenir más tarde y que tal vez las provoque algun proceso toxémico consecutivo y en especial en aquellos casos en que existen desórdenes intestinales (enteritis, diarrea fétida, etc.) generalmente acompañados de albuminuria más ó menos intensa y también en el curso de infecciones microbianas secundarias, sean estreptocócicas, estafilocócicas, etc., como en los ejemplos que siguen y que tantas veces podemos observar después de la gripe.

Así vemos que Leloir (*Acad. de Med.* de París, 26 de Marzo de 1895) señala la existencia de puo-dermitis en la convalescencia de la gripe (foliculitis, forúnculos, ántrax, etc.) Si no hay foco externo de supuración, orígen de auto inoculación, hemos de admitir la eliminación cutánea de productos morbosos causa de estos accidentes; pués, como también opinan los señores Hallopean y Cornil, el organismo después de la gripe es más propenso á las supuraciones.

El profesor de Berlín, Sr. Leyden, señala entre los exantemas el herpes labial, la urticaria, el ectima y el eritema, pudiendo éste simular una erupción escarlatiniforme. Guttmann y Ewald han visto esta erupción semejar á la escarlatina y Fraenkel lo mismo y más al eritema nudoso.

El Dr. Barthelemy en la *Soc. francesa de Dermatología y Sifiligrafía,* 1890, refirió que á más de varios casos de púrpura sin caracteres especiales, ha observado en la última pandemia de gripe, erupciones que considera complicaciones ó simples coincidencias, como orzuelos, ántrax, forúnculos, herpes zona y brotes de eczema. Y á propósito de erupciones los Sres. Bouillant, de Limoges, y Mayet, de Lyon, señalan la frecuencia de erisipelas en el curso de esta enfermedad.

Las erupciones de la gripe no se han observado sólo en la epidemia del 89-90; ya Heberden las vió en 1775 y el epidemiólogo Fuster también las cita; además vénse mencionadas en los tratados clásicos de Medicina.

II.—Gripe de forma febril simple

Es el periodo común á todas las manifestaciones de la gripe, pero más prolongado, sin que sobrevengan otros síntomas que señalen localización visceral.

Aparece rápidamente fiebre, que se eleva á un grado considerable, y con ella malestar general, dolor en los miembros, raquis y cabeza. Es común en ésta, como en las otras formas de gripe, que aqueje á los enfermos dolor intra-orbitario que se acompaña de fotofobia. El pulso está acelerado y en relación con la temperatura; pero alguna vez existe taquicardia, en términos que hace pensar en tal caso si se inicia una forma cardíaca de la gripe.

Las vías digestivas no ofrecen otro desorden que el propio de la fiebre: lengua saburral, inapetencia, sed, astricción de vientre, y á veces, si al mismo

tiempo la cefalalgia es intensa, algunas náuseas. Hay aceleración de los movimientos respiratorios y especie de escozor á la entrada del aire; pero ni tos, ni verdadera disnea.

La orina es escasa y roja.

Es esta la gripe con fenómenos generales y sin localización orgánica.

Termina todo este desorden más por crisis que por lisis, que consiste en abundante diaforesis; con ella cesan en pocas horas la calentura, las algías diversas, vuelve el pulso á su movimiento ordinario y el aparato digestivo regula sus funciones.

Esta forma dura cuatro ó cinco días y se puede confundir con la fiebre infectiva efímera, llamada en el lenjuaje común fiebre catarral ó *à frigore*. El número considerable de enfermos que de gripe se observan á la vez y además los griposos que existen ofreciendo alguna de las otras formas, hacen distinguirla de aquella otra enfermedad febril tan comunmente observada y que recuerda á veces la tifoidea.

A propósito de haber mentado estas infecciones, añadiré que algunos autores han sostenido que en la gripe no existe aumento de volumen del bazo: pero Kærnig, de San Petershurgo, cree la esplenomegalia síntoma constante de la gripe. Sin considerarla constante, puedo decir que la he visto con frecuencia en aquellos casos en que la gripe ha tenido tendencia á revestir carácter infectivo grave. Robinsón se basa en la citada esplenomegalia para distinguir la gripe de otra enfermedad epidémica muy semejante á ella, el dengue. Comby, después de la autopsia de cuatro griposos, dijo en 23 de Enero del 90, que la gripe hasta en los casos más graves, no produce hipertrofia del bazo é hígado, lo cual contradice lo sustentado por médicos alemanes y rusos, que aseguraban existía hipertrofia sólo por la mensuración en el vivo. Guyot, en cambio, cuenta que una enfermera de sus salas, convaleciente de gripe, se resfrió, elevósele la temperatura á 40°, tuvo algunas convulsiones seguidas de coma y murió; en la autopsia no hallóse otro daño que un bazo que pesaba 610 gramos; y Chantemesse añade que en un caso también ha hallado esta entraña muy enorme.

Es común que después de la hipertermia baje tanto el calor que se manifieste durante uno ó dos días casi hipotermia, quedando la temperatura á 36° ó á 36°5 y que el pulso sea lento, á 60 pulsaciones ó menos y sumamente pequeño y aplastado.

Puede existir *gripe sin fiebre ó con fiebre escasa;* entonces faltan los fenómenos generales descritos como comunes á las diversas formas y sólo se notan síntomas flogísticos en la mucosa respiratoria: estornudos, tos, ronquera, dificultad respiratoria. Graves ya dice haber observado lo mismo en la epidemia de Dublin del año de 1847. Estos enfermos no dejan sus habituales quehaceres; por la inapetencia que á ese estado acompaña comen poco, toman algún laxante; y con los medios higiénicos habituales y caseros curan en poco tiempo, á los dos ó tres días todo lo más.

III.—Gripe de forma bronco-pulmonar ó respiratoria

Desde la mucosa de Schneider á los alvéolos pulmonales, puede afectarse la mucosa respiratoria; los antiguos fijándose sólo en esta localización llamaron á la gripe *catarro epidémi co* (Sauvages y otros clínicos).

Puede empezar esta forma con calentura intensa, como al principio he dicho; pero también puede suceder que los desórdenes sean tan insignificantes que mejor constituyan indisposición que enfermedad.

Empieza manifestándose por estornudos y dolor en el entrecejo, correspondiendo á los senos frontales; cosquilleo en la garganta y laringe; tos seca, á veces quintosa; ronquera; sensación de peso subesternal; escozor á las inspiraciones y en algún caso dolor en uno ó más espacios intercostales. En la laringe

suele observarse inflamación catarral sin gravedad (Cartaz), inflamación, que según Natier, se acompaña de edema de las cuerdas vocales inferiores (Congreso de Laringología, 1893).

El doctor A. Voisin en una lección que explicó en la Salpêtrière en Febrero de 1898, da á conocer tres observaciones en las que la primera manifestación de la gripe que llamó la atención del enfermo, fué abundante epistaxis, después de la cual evolucionaron los síntomas bronquíticos ó pulmonales.

Con el esfuerzo de la tos suelen aparecer otros trastornos: vómitos y, en la mujer, emisión involuntaria de orina. Hay saburra lingual, inapetencia y los desarreglos digestivos que acompañan á la fiebre, sea cualquiera su causa.

Si al principio hay estornudos, menguan después, apareciendo abundante flujo nasal, claro, aguanoso, que más tarde se carga de mucina y se espesa. Cambian igualmente los caracteres de la tos, ya no es tan quintosa ni seca, es moco-salival, para ser después francamente mucosa y alguna vez comomoco-purulenta y hasta sanguinolenta, si hay complicación congestiva ó pneumonítica.

En el líquido espectorado y en la mucosidad nasal existe según Pfeiffer y otros microbiólogos, el microbio productor de la gripe. Mientras no cambian las condiciones de fluidez de dicha secreción persiste dicho micro-párasito; pero desaparece si la mucosidad se hace purulenta, por haber aparecido daño de mayor importancia y entonces pululan los microbios productores de pus.

Borchart (de Berlín) comprobó que este bacilo solo puede hallarse en el moco bronquial los primeros días. Pero para descubrirlo será preciso escoger las secreciones procedentes del pulmón, pues en las de la parte alta del aparato respiratorio se hallan otros microbios.

La mucosidad expelida ofrécese muchas veces como una solución clara de goma. Su color es amarillo rojizo sucio; este tinte rojizo es más ó menos intenso según haya mayor ó menor cantidad de sangre mezclada con la mucosidad, que á veces es tan considerable que tiene el esputo color de rosa. En el estudio de las complicaciones de la gripe, me ocupo de una forma de bronco-pneumonía sub-aguda, con expectoración abundante y aspecto típico especial, por su densidad, por su aglomeración, etc., etc. Pero en algunos casos es además espumosa, aireada; en la cita de Short hecha al comienzo de esta parte, se habla de un líquido semejante á agua espumosa.

Dice Graves que en los esputos de la bronquitis gripal faltan burbujas de aire. Si bien le mostraron en la clínica cuando esto explicaba la espectoración aireada de un griposo, añade que ello constituye un hecho raro. Pero el clínico de Dublín admite como trastorno pulmonar de la gripe el edema de los pulmones y la expectoración en el edema es aguanosa, aireada. Y asi la vemos muchas veces en la gripe.

La auscultación revela la existencia de bronquitis aguda; sin que haya focos de macicez puede notarse alguna dureza á la percusión, por existir congestión concomitante. Los estertores son sibilantes, secos, al principio; van haciéndose mucosos sucesivamente, sucediendo en algún caso que son tan variados dichos estertores, que se perciben por todos los ámbitos del pecho y con intensidad diversa. Bueno es, además, recordar lo que dice Rendu para tener conocimiento exacto de cuanto en esta dolencia puede presentarse. «Los síntomas torácicos »faltan casi siempre al principio de la gripe. Sin embargo, llamo vuestra aten- »ción sobre la disminución del murmullo vesicular que aparece antes que todo »signo estetoscópico de bronquitis; esta disminución se observa en las dos bases »y va seguida, después de algunos días, de síntomas de catarro pulmonar ó de »bronco-pneumonía. Entonces hay estertores muy abundantes y una espectora- »ción que rápidamente llega á ser purulenta, de tal modo que la supuración »puede ser enorme. La disminución del murmullo vesicular, señalado por Woi- »llez y Ferrand, tiene mucha importancia premonitoria.» (Lección clínica dada »en el hospital Necker; 1891). En efecto, Ferrand en la *Sociedad médica de los hos-*

pitales de París, 10 Febrero de 1890, dijo que antes de sobrevenir complicaciones suele observarse disminución del murmullo vesicular, extendido á la totalidad de un pulmón ó sólo de un lóbulo, con resonancia exagerada de la voz, refuerzo de las vibraciones y sub-macicez: trátase de un estado congestivo, de una especie de atelectasia pulmonar.

Sin haber sobrevenido complicación pneumónica ni bronco-pneumónica, suele observarse algún hilito de sangre entre la mucosidad expelida, procedente de la mucosa bronquial ó traqueal, lo que denota su estado hiperémico y que se fragua tenue hemorragia capilar con los esfuerzos de la tos. Estos esfuerzos de tos pueden provocar el aborto ó parto prematuro; ya lo habían escrito los antiguos. Uno de los primeros casos de gripe que observé en la epidemia de 1889-90 recaía en una mujer de 39 años, embarazada al sexto mes, con tos tan intensa que le producía sacudidas fuertes del abdomen y expulsión de orina, y tan tenaz que los opiados y agua de laurel cerezo no le produjeron el menor alivio; cedió paulatinamente sin provocarle el parto prematuro.

Este estado no es común á todos los griposos. Como que por el nombre de catarro epidémico con que se conoce la gripe, se supone que todos los que la padecen han de toser, ha sido natural que en alguna epidemia no habiéndose observado tal síntoma se haya dudado que se tratase de ella. Tal sucedió en la de 1889-90, pues en Sociedades médicas muy distinguidas, como algunas de Inglaterra y Rusia, se negaba por algunos y dudaba por otros, que la enfermedad epidémica que estaba desarrollándose fuese la gripe, por faltar los síntomas de *resfriado respiratorio;* pero como pronto junto con los griposos de otras formas se presentaron al examen clínico muchísimos dolientes que ofrecieron el cuadro señalado, ya no se dudó de la clase de enemigo que se tenía delante.

La existencia de flógosis respiratoria es tan frecuente que en autopsias antiguas es la única lesión que se describe. En las practicadas por el Dr. Green en Dublín, en 1837, menciónase la inflamación del árbol respiratorio, con los desórdenes anatómicos propios de bronquitis y bronco-pneumonía y en algún caso coloración obscura del parénquima pulmonar, como si se tratase de gangrena del pulmón, pero faltaba la fetidez; edema del pulmón y pleuritis reciente. La sangre era obscura y fluida y en el corazón de sujetos jóvenes había concreciones fibrinosas. Nada de notable en otras vísceras; en los casos en que junto con el aparato respiratorio se interesaba el corazón, existía congestión considerable del sistema venoso como se observa en la asfixia.

Muchas veces la tos es espasmódica; los exámenes pleximétricos y estetoscópicos no revelan síntomas notables de localización; sólo más tarde aparecen algunas manifestaciones bronquíticas, algunas raras mucosidades bronquiales y cesa la molestia que aquélla tos ocasionaba. De esta á otra forma hay al parecer un paso: es la forma disneica que en algunos sujetos se ha notado.

La manifestación bronco-pulmonar de la gripe no dura lo poco que las febril simple y eruptiva, sino que para seguir todas sus fases es menester que transcurra un período de 10 ó 12 días cuando menos, y hasta puede prolongarse más, según la densidad del moco, facilidad en expectorarlo, según la inflamación invada mayor ó menor campo bronquial, etc., etc.

IV.—Gripe del aparato digestivo.

Muchas veces sin más síntomas que los mentados al principio, viene la localización morbosa en el aparato digestivo; pero en muchísimas otras ocasiones extinguidos los trastornos que caracterizan las formas febril simple ó respiratoria, continúan residuos de la gripe en el aparato digestivo, que aunque tenues dejan al individuo largo tiempo delicado de las funciones de tales órganos.

No es raro que en épocas en que asistimos á diversos enfermos de gripe, veamos á algunos sujetos que sienten vivos dolores dentales que en los primeros

momentos atribuiremos á neuralgia del trigémino; pero que una vez analizado el cuadro, deducimos que se trata de *alveolitis dental aguda*, que molesta muchísimas veces tanto como la misma neuralgia trifacial.

Es común observar en la gripe inflamación de la faringe ó amígdalas, es decir, verdadera *angina*, que puede terminar por supuración, si bien es lo más frecuente lograr la resolución completa. A veces hay exudados difteroides, fibrinosos, que contienen comunmente estreptococos y estafilococos, y en algunos enfermos toma la inflamación el aspecto pultáceo y gangrenoso. Rolland (Besanzón) dice que en el curso de la influenza ha visto parotiditis ya simples, ya supuradas.

Y aquí viene á propósito citar un síntoma que Lovenstein refiere haber observado en todos sus enfermos, que consiste en el enrojecimiento é infiltración serosa de una mitad de la faringe, con desviación de la campanilla. No tengo datos propios para negar ó confirmar este hecho, que no he visto descrito por otro autor.

Al principio de la gripe, cuando invade con intensidad, algunos sujetos tienen vómitos, vómitos alimenticios ó mucosos á veces, pero con más frecuencia biliosos. Ya pueden depender del catarro de la mucosa gástrica, ya ser de origen cerebral, por la hiperemia que al principio existe.

Las funciones intestinales están también trastornadas; no hay deposiciones, pues se caracteriza esta enfermedad más por producir astricción que diarrea.

Algunas veces se une á estos síntomas ligera ictericia, por existir coetáneamente catarro de las vías biliares, que dificulta la expulsión de la bilis, lo cual origina la reabsorción de la elaborada.

El vientre está más bien deprimido, retraído, que abultado por gases intestinales. La sed es considerable, grande la sequedad de la boca, y, como se ve en estados febriles agudos y de origen infectivo, la lengua se seca en 2, 3 ó 4 días, cubriéndose de una capa de color de corcho y los dientes se deslustran. Faisans (1893) ha descrito así el aspecto de la lengua gripal: es lisa, lustrosa y de color blanco azulado, como aporcelanada.

Dura la forma digestiva de la gripe mucho más que las otras, pues persiste el catarro de las vías digestivas dos ó tres semanas, siendo preciso combatirlo activamente para lograr su extinción completa, ya que es de temer sobrevenga auto-intoxicación que simule un estado tifódico.

La gripe determina *apendicitis*. Jalaguier ha hecho notar la coincidencia de esta enfermedad con la gripe y lo propio han hecho Carrón de la Carriere, el ruso Golubow y Merklen, de París. Este autor describió tres observaciones en la *Soc. de los hospitales* (19 Marzo de 1897) y en ellas recaían las siguientes circunstancias: 1.º propensión familiar á sufrir apendicitis y 2.º existencia de otras perturbaciones catarrales ó de las mucosas propias de la gripe.

He tenido ocasión de observar casos de esta índole que evolucionaron todos de la misma manera. En primer lugar empezaba el malestar general, el quebrantamiento, la fiebre; sobrevenían faringitis, ligera angina,... que hacían diagnosticar la existencia de gripe; después aparecía un vivo dolor en la fosa iliaca derecha que duraba algunos días y que á beneficio del plan empleado remitía á la vez que lo hacían todos los síntomas concomitantes.

¿Cómo se explica la localización infectiva gripal en el apéndice? El tegido linfoide de la faringe, de la amígdala y del apéndice ileo-cecal, teniendo igual estructura anatómica, ofrece el mismo terreno para la localización de idéntico agente morboso y así como hay indivíduos predispuestos á sufrir anginas los hay que lo están á padecer apendicitis.

Según Merklen no ofrece la apendicitis gripal caracteres especiales; de consiguiente sus indicaciones son las de la común, porque su evolución y sintomatología son iguales.

El doctor ruso Sr. Obrostzoff refirió en 1896, que había tenido ocasión de tratar seis casos de *tiflitis* de origen gripal durante una epidemia de esta en-

fermedad. Todos empezaron con los síntomas generales comunes y después sobrevino la localización morbosa en el ciego, fuese debida al mismo microbio de Pleiffer ó al coli-bacilo. Estos casos se diferenciaron de la apendicitis por falta de tumor y por no existir nacicez á la percusión, sino una especie de timpanismo claro por distensión del ciego. Esta manifestación de la gripe dura, según él, cosa de 15 á 30 días, con un periodo febril de 6 á 17; al ceder la fiebre desaparecen todos los desórdenes en cinco ó seis días.

El Sr. Huchard ha admitido una forma gastro-intestinal que llama *infecciosa* por su gravedad, que junto con desórdenes gástricos, se acompaña de algunos intestinales (diarrea fétida), de postración extrema de fuerzas y otros síntomas que denotan al trastorno general orgánico.

V.—Gripe de forma cérebro-medular

Con todo lo anteriormente expuesto puede haberse comprendido lo que constituye esta forma de gripe. Aparece la fiebre con algún escalofrío preliminar, fiebre alta, acompañada de cefalalgia intensísima, frontal principalmente, y existe á la vez tensión intracraneana indefinible. El dolor cefálico se extiende á la nuca y sigue por el espinazo, siendo considerable al nivel de la región lumbar, como sucede en el período prodrómico de las fiebres eruptivas, especialmente en la viruela, y se irradia á los extremos tanto abdominales como torácicos, los cuales están por la intensidad del dolor como impotentes, pues los movimientos lo exacerban de modo extraordinario. Los nervios intercostales participan del trastorno meningo-medular y sienten los enfermos neuralgias en el tórax que dificultan los movimientos respiratorios, dificultad que á primera vista puede achacarse á las vísceras torácicas. En la cabeza, á más del dolor intracraneano, pueden existir neuralgias en la cara, infraorbitarias y dentarias.

Los desórdenes viscerales que á este estado acompañan, se caracterizan por vómitos repetidos, más que en la forma gastro-intestinal, de la cual se distingue á pesar de esta similitud, por la intensidad de la cefalalgia y por existir á la vez diversas neuralgias.

El enfermo permanece atontado, postrado en cama y á veces progresan la postración y atontamiento de tal manera, que queda sumido en completo estupor, quejándose sólo si se le comprimen los puntos neurálgicos ó cuando se le quiere cambiar de posición en la cama ó se le mueve algún miembro.

De la que se puede llamar *forma cerebral*, menciona Graves haber visto tres sujetos que ofrecieron síntomas exactamente iguales á los de *delirium tremens*, que cedieron con vejigatorios en la nuca y sobre la cabeza, opio á altas dosis, mercuriales y enemas purgantes. En ellos hubo desde el comienzo, á más de fenómenos pulmonales, agitación, cefalalgia, ruidos de oídos y fotofobia. A los cinco ó seis días estaban sumamente irritables, sin sueño, con sobresaltos y temblores y divagaban por la noche. Cuando apareció el daño cerebral menguó el pulmonar, y cuando aquél pudo ser combatido, recobró éste sus caracteres primitivos, pudiendo resolverse bien uno y otro.

El Dr. López Argüeta en unas notas á la traducción de los *Estudios sobre la gripe*, del Dr. Fuster (Granada, 1890), describe el delirio de los griposos, el cual manifiesta diferentes grados: es «ya alto, bajo, bizarro, con las ilusio»nes y alucinaciones de los sentidos;» algunas veces recuerda el de los bebedores y á veces «este delirio parte de la equivocada idea de la multiplicidad del »invíduo,» pues «ciertos enfermos creen que tienen dentro de su cuerpo otra ú »otras personas, perseverando en esta idea... hasta el periodo de convalecen»cia,» habiendo «ocurrido más de un caso de suicidio por consecuencia de aquel »síntoma.»

Otra variedad de delirio gripal es el que el profesor agregado de París, señor Joffroy, hoy catedrático de enfermedades mentales, refirió en la *Socie-*

dad Médica de los hospitales. Es la observación de un caso grave de delirio con agitación maniaca, observado en el curso de la gripe, que después de durar dos semanas, terminó rápidamente por la curación. Al principio ese delirio semejaba el tífico; pero al día décimoctavo cesó la fiebre y con ella el delirio; la memoria y la inteligencia volvieron á quedar íntegras y á las tres semanas de esta grave enfermedad el sujeto pudo volver á sus ocupaciones habituales.

Furbringer *(Sociedad de Medicina de Berlín,* 7 Enero 1890), ha referido el siguiente caso de perturbación mental que comenzó con la gripe. Recae en un niño de 7 años, que al salir de la escuela fué atacado súbitamente de influenza; en vez de irse á su casa fuese á una estación de ferrocarril con la intención de marcharse á Liepzig; detuviéronle y no pudo ser conducido á su domicilio por no saber indicar las señas, hasta que lo hicieron compañeros suyos; fué puesto en cama, permaneció varios días sin conocimiento y tuvo fiebre intensa. Ese trastorno desapareció con la misma rapidez con que se presentó. Ferrand *(Soc. méd. hosp.,* 21 Febrero 1890), relata un caso que como entrada se manifestó con delirio furioso, que atribuye más á la disposición de la enferma que á la misma dolencia.

La inyección en los centros cerebrales de un cultivo del microbio de Pfeiffer, según los estudios de Cantani (1897), determi na los fenómenospatógenos característicos de la gripe; é igual efecto determina la inyección de cultivos esterilizados, prueba de que el producto químico que segrega es un agente muy activo sobre el sistema nervioso central. Otros agentes inyectados de la misma manera no producen igual resultado, lo cual á su vez demuestra la especificidad del microbio de Pfeiffer sobre dicho sistema.

Entre los síntomas nerviosos de la gripe predominan á veces algunos que hacen que el cuadro morboso tome el aspecto de *meningitis.* Esta forma meningítica se inicia á las 12 ó 24 horas de haber aparecido la enfermedad. Los síntomas en algún caso concuerdan con los de meningitis aguda; distinguidos paidópatas lo han asegurado y en la *Revue mensuelle des maladies de l' enfance* (Julio, 1893), ha publicado un caso el especialista francés Dr. Sevestre, en el que notó como síntoma discordante del cuadro morboso, oscilaciones térmicas diarias hasta de tres grados, pues el niño ofreciendo por la mañana 36°5, llegó por la noche á 39°7. Estos desórdenes meningíticos curan, en general, en poco tiempo; pero á veces terminan por la muerte. Por esto suscitó dudas la siguiente endemia. En la Casa provincial de Caridad de Barcelona se desarrolló á principios de 1892 una enfermedad que atacó á 59 niños, de los cuales murieron 7, habiendo todos ofrecido síntomas cerebro-meníngeos, aparición rápida del aparato sintomático, fiebre alta hasta 40°5, sobreviniendo la muerte con prontitud ó bajando con rapidez la temperatura á 36°; en la autopsia de alguno hallóse derrame sanguíneo cerebral é infartos ganglionares de los intestinos. El Dr. Robert, catedrático de Patología médica, opinó se trataba de una afección infectiva cerebro-meníngea de origen intestinal y el Dr. Martinez Vargas, catedrático de Patología infantil, de meningitis gripal, formulando esta conclusión: «que siempre que en el curso de una supuesta meningitis cerebro-espinal existen trasformaciones rápidas hacia la curación, se establecerá el diagnóstico de gripe», la cual creo exagerada.

Casos diversos de meningitis gripal han sido publicados por diversos autores. Cornil en 1895 *(Acad. de Méd.* de París, 30 de Abril) relató uno seguido de autopsia que podía denominarse de meningo-encefalitis superficial; no halló en los líquidos de la cavidad craneana el microbio de Pfeiffer y supuso que era debida á la acción de la toxina segregada por este parásito. En cambio los Sres. Troullet y Esprit *(Semaine médicale,* 24 de Abril de 1895), después de dividir la meningo-encefalitis de naturaleza gripal en benigna, mediana y grave y de describir los síntomas que á cada una corresponden y que no transcribiré por ser en general ya conocidos, dicen que hallaron el microbio específico en el cérebro y bulbo, si bién consideran que muchos fenómenos cerebrales que se observan en

esta infección dependen de la toxina más que del mismo microbio. Y últimamente Marty en los *Archives générales de Médecine*, Noviembre 1898, sostiene que los fenómenos cérebro-espinales de la gripe dependen de la toxina producida por dicho microbio. Su acción es ligera ó fugaz: determina entonces una congestión más ó menos intensa que desaparece sin dejar huellas. Pero si su manera de obrar es más persistente llega á determinar hemorragias capilares, que á su vez son causa de nuevos síntomas, variables según el sitio dañado. En otros casos la inflamación se produce y hay verdadera meningo-encefalitis. Todo es cuestión de cantidad, de terreno y de cualidad.

Se ha descrito una forma de gripe llamada *sincopal*. Caben dudas en saber si consiste en una manera de manifestarse la gripe ó si es un accidente sobrevenido en el curso de dicha afección. Cuando el enfermo tiene el quebrantamiento general propio de la fiebre, es natural que si se levanta del asiento en que descansa ó de la cama, experimente vahidos y si no tiene apoyo caiga al suelo. Pues, bien, de idéntica manera me explico según datos que personalmente he observado, muchos de los síncopes y de las caídas que han sobrevenido á los enfermos griposos que han padecido la variedad sincopal.

A todo lo referido como prueba de la acción nociva de la gripe sobre el sistema nervioso, puede añadirse lo que relataré más adelante á propósito de los desórdenes paralíticos, cardíacos y pulmonales.

En este punto surge la siguiente cuestión. En el curso de la gripe pueden sobrevenir hemorragias cerebrales... Si se trata de una persona de edad avanzada, con ateroma arterial, que indique la probabilidad de dicha hemorragia, y ésta tiene lugar, ¿diremos que ha sido la gripe la causa ocasional? Dudas hay para dilucidarlo y la dificultad es grandísima. Digo esto porque en 23 de Diciembre de 1889 asistí á una señora de 64 años que desnudándose para acostarse, cayó al suelo sin sentido; al verla hice el diagnóstico de hemorragia cerebral, de la cual murió á los cuatro días. Era una señora bronquítica, con ateroma vascular..., y ¿podía atribuirse á la epidemia de gripe reinante la presentación de aquel trastorno? ¿Fué simple coincidencia? Esta es mi opinión.

La relación entre la hemorragia cerebral y la gripe será evidente, cuando síntomas claros de esta infección hayan precedido á la primera; en caso contrario no es posible ninguna afirmación.

La tendencia á producir hemorragias es manifiesta en la gripe, como varios hechos que anteriormente he mentado muestran palpablemente.

Por lo tanto, concluiremos en un sentido ó en otro según la marcha de los fenómenos observados.

*
* *

Quedan apuntados los rasgos característicos y principales de las varias modalidades de la influenza. Muchas veces no progresan estos desórdenes y así fine la enfermedad; á veces á la forma bronquítica sigue una bronco-pneumonía ó una pneumonía, aunque esta no con tanta frecuencia; en otros casos á la forma abdominal sigue un estado infectivo pseudo-tifódico y hasta la verdadera tifoidea, según Vaillard y Vincent (*Soc. méd. hosp.*, 14 de Marzo, 1890); y á la cérebro-medular una encefalitis ó meningitis ú otra localización nerviosa cualquiera que deja graves daños persistentes. Hablaré de todos estos desórdenes en el capítulo de complicaciones y consecuencias de la gripe.

¿Es que la toxina del microbio de la gripe deja inhábiles á nuestras células para reaccionar, facilitando así su invasión por cualquiera de los micro-organismos patógenos de los múltiples que nos rodean ó que tenemos en nuestros tegidos ó en nuestras cavidades?

Así se creyó al principio de conocerse dicho parásito, considerándole entre los que Bouchard y su escuela llamaron *predisponentes*, esto es, favorables á la evolución de otros, desde el estafilococo puógeno que origina un sen-

cillo forúnculo, hasta el bacilo fimógeno de Koch determinante de la tuberculósis. Pero desde que se ha hallado en la sangre y se ha visto que la pneumonia gripal puede producirla dicho microbio especifico sin intervención de estreptococos ó pneumococos (según Kramer y otros investigadores) hemos de admitir que muchos estados febriles duraderos, con ó sin lesiones viscerales manifiestas y que subsiguen á una invasión gripal bién definida, ya pueden ser debidos al mismo agente de la gripe, ya á otro de los más comunes y conocidos. Rendu (1893) dió á conocer un caso de estafilococia generalizada sin supuración en el curso de la gripe; Hanot (1893) dos observaciones de estreptococia en las mismas condiciones; y Siredey (1895) una notabilísima de coli-bacilosis, seguida de nefritis mortal. Además en la forma eruptiva hemos citado diversas manifestaciones cutáneas, dependientes de infecciones secundarias.

Y aqui podemos hablar de lo que se observa en la Convalecencia de la gripe. Pasadas las formas descritas sobreviene la restauración orgánica, la convalecencia; pero no aparece de un modo franco, regularizándose otra vez las funciones todas del organismo, sino que queda especialmente interesado el aparato digestivo, con inapetencia más ó menos persistente; subsiguen estados bronquíticos; pueden aparecer bradicardia, neuralgias diversas, cefalalgia, neurastenia, y, en especial, un quebrantamiento intenso, que inhabilita los que han sido griposos una porción de tiempo y de ahi los calificativos de *trancazo* que ha recibido la gripe aqui en España y de *breac-bones* (quebranta-huesos) con que la conocen en Inglaterra. Esta postración que ya comienza con la enfermedad sería para Kramer una de los más seguros fundamentos de diagnóstico.

Como no hay fiebre, como no existen señales de flógosis, hemos de suponer que ya se ha extinguido el incendio que en el organismo sostenia el bacilo de Pfeiffer, y que sólo quedan toxinas por él elaboradas que perturban químicamente el funcionalismo de muchos elementos y en especial los del sistema nervioso. Por esto nos explicamos la variedad de sintomas consecutivos observados: la bradicardía ya citada; el insomnio, que sino depende de la infección, es prueba evidente del estado de debilitación cerebral; la criestesia ó la hiperestesia más ó menos duraderas; el que moleste el hablar y quedañe oir que otros hablen; la indeferencia en todo, etc., etc.

CAPÍTULO II.—Formas anómalas de la gripe

I. Contínua remitente.—II. Cardíaca; asistolia.—III. Parálisis del pulmón; gripe infecciosa broncoplégica.—IV. Gripe infectiva grave.—V. Gripe de forma larvada.

I.—Gripe con fiebre continua remitente

Casi podría llamarse intermitente por la insignificancia de la fiebre antes de aparecer la exacerbación.

Se ofrece con los caracteres siguientes: Una vez pasada la primera manifestación febril, á los tres ó cuatro días de enfermedad, cuando la fiebre ha menguado notablemente y se piensa en la convalecencia, la que se supone que se iniciará franca, pues el enfermo pide de comer y espera levantarse, aparece bruscamente, sin escalofríos, una exacerbación febril tan intensa, que deja trastornadas todas las principales funciones del organismo, sin que venga explicada por ningún proceso flogístico pulmonar, ni aparezcan síntomas de estado infectivo tífico.

Con fiebre aparecida de modo tan brusco, no solamente están perturbadas las funciones cerebrales, sino que también lo están las respiratorias y cardíacas. Y se comprende cuál debe ser el desorden cuando la temperatura aumenta en poco tiempo más de 2°.

En dos casos especiales observados en la epidemia de 1889-1890, la aceleración respiratoria era tan grande que el enfermo efectuaba de 50 á 54 movimientos respiratorios por minuto, y con esa taquipnea existía taquicardía, haciéndose imposible precisar el número de pulsaciones.

La exacerbación febril no se ofrece al anochecer, sino que en varios enfermos la he visto por la mañana y en otros por la tarde. Cuando se ha seguido el curso de la enfermedad desde su comienzo y se ve que después de menguado el aparato sintomático aparece trastorno tamaño, se está al principio en la duda no sabiendo lo que vendrá, ni lo que debe hacerse; mas cuando cesa el recargo y queda el enfermo en estado igual al que tenía anteriormente, es menester ponerse en guardia; y al aparecer nueva exacerbación recurrir inmediatamente al empleo del antitípico por excelencia, la quinina, asociada si se quiere á antitérmico tan activo y analgésico á la vez, como la antipirina.

Esta forma distínguese de un acceso de fiebre malárica por carecer del período de escalofrío y en faltar igualmente el de sudor. Algún enfermo siente frío en la nuca, en el espinazo, á lo largo de los miembros, etc., antes de la fiebre, pero no puede equipararse al escalofrío del paludismo.

Autores de merecida fama han observado en la fiebre de la gripe dos y tres exacerbaciones diarias y cambiarse en doble terciana, con recargos más intensos en días alternantes (hemitítrea); pero estas oscilaciones se han descrito por ellos no sólo en la convalecencia, sino también al principio y durante todo el curso de la enfermedad. Los que he referido hélos visto cuando parecía iniciarse la convalecencia.

II.—Gripe de forma cardíaca.—Asistolia

En todas las formas de gripe descritas existe movimiento acelerado del corazón. El pulso es frecuente y puede perturbarse sólo en sus caracteres si existe afección cardíaca concomitante. Pero he visto un caso de gripe en plena epidemia que empezó con la forma febril simple, que después de presentar aceleración cardíaca paralela á la elevación térmica, ofreció depresión tan considerable del latido cardíaco, sin que se notase á la auscultación trastorno físico alguno, que hace que lo considere como forma especial de dicha enfermedad.

En efecto, asistí á una joven de 25 años, de mediana robustez, con los síntomas comunes ó más habituales de la gripe. A los tres días, al verla por la mañana, la encontré casi sin sentido, en completa resolución muscular, sin contestar apenas al interrogatorio, fría y seca de piel, con respiración imperceptible, sin vómito ni diarrea, sin manifestar sufrimiento cerebral y con las escleróticas blancas; estaba atontada por colapso, pero no por ocupación encefálica. Los latidos cardíacos imperceptibles y la temperatura hipotérmica, 36°5.

Esta enferma ofrecía un ejemplo claro de la verdadera asistolia; su corazón carecía de movimiento; en ese estado sucumbió.

No observé otro caso igual en toda la epidemia; pero es digna de mención esta forma, que demuestra que el tóxico elaborado por el microbio de la gripe actúa sobre los centros nerviosos y sobre uno tan importante como es el que rige la circulación.

Graves ha descrito una forma de pulso desigual; en algún enfermo el pulso estaba deprimido por la mañana y fuerte por la tarde; pareciendo que se hallaban indicados en aquélla los estimulantes y en ésta la sangría; todo dependía, añade, de la irritación del sistema nervioso, más que de un estado inflamatorio general. Rendu en una lección clínica sobre las formas de la gripe (1890), dice que en los sujetos debilitados, adinámicos, suelen observarse síntomas paralíticos del vago; el pulso es pequeño y tan pronto hay bradicardia como taquicardia; la tensión arterial es baja; los latidos cardíacos son débiles y la cara está pálida y cianótica. En estos casos no hay reacción viva ni hipertermia.

Huchard estudia también (*Soc. méd. de los hospitales*, 23 Enero 1890) la forma cardíaca de la gripe en sujetos libres de afecto cardíaco. Se ofrece al clínico con estos síntomas: lipotimias, síncopes, que pueden ser mortales, arritmia del pulso, intermitencias y accesos como de angina de pecho, fenómenos que atribuye á acción parética del bulbo ó de los vagos que combate con fuertes dosis de cafeina. Cita también el pulso inestable: echado, tiene el enfermo 80 pulsaciones, se sienta en la cama y llega á 120 ó 130 y al echarse vuelve al ritmo normal; esto demuestra debilidad cardíaca y de la tensión arterial.—Fereol opina que la gripe de la epidemia de 1889-90 tuvo especial predilección por el miocardio, lo cual explicaría las múltiples muertes súbitas observadas durante la misma.

Puede parangonarse á los desórdenes descritos anteriormente la observación clínica relatada por los Sres. Gaipa y Titone, de Palermo, consistente en una verdadera *taquipnea*. Recaía en un aldeano de 28 años de edad, que á consecuencia de la gripe fué acometido de temblor general, que después se limitó á la parte inferior del cuerpo y se hizo intermitente. Desaparecieron estas crisis siendo reemplazadas por exageración considerable de la respiración que llegó á efectuarse hasta 120 veces por minuto. A pesar de estar alteradas así las funciones del vago, en nada se perturbaron las demás del organismo, pues el aire penetraba en el pecho bien y sin ruído y el corazón permaneció normal, latiendo 70 ú 80 veces por minuto.

La *taquicardia* es frecuente en la gripe. Sansón en la *Royal medical and chirurgical Society* de Londres (12 Junio de 1894) se ocupó de ella, diciendo que á

veces aparece enseguida de haber sufrido el ataque; pero que en otras circunstancias se presenta más tarde pudiendo durar, tanto en uno como en otro caso, tiempo muy largo, hasta un período de 18 meses. La atribuye á neuritis del nervio vago y debido á ella mengua su influencia moderadora sobre el ritmo cardíaco; en cambio Althaus opina que es mejor el bulbo el afectado, pues existen poliuria, glicosuria y albuminuria que son de origen bulbar, así como faltan los vómitos comunes en la neuritis del vago.

No es raro que el enfermo se queje de *cardialgia,* dolor probablemente debido á neuritis de los plexos cardíacos, que se acompaña de angustia, latidos, dolores en los espacios intercostales junto el esternón y hasta de algún síntoma de neuritis del plexo braquial (Sansón).

III.—Gripe con parálisis del pulmón; gripe infecciosa broncoplégica de Huchard

Graves fué quien primero la describió en debida forma. Dice que en algunos griposos la disnea y los desórdenes respiratorios no son proporcionales al daño anatómico. Y hace referencia á algunos casos de disnea intensa, considerable, estando libre la entrada del aire. Describe trastorno semejante en un marinero negro muy robusto, trastorno que desapareció con el empleo de los estimulantes y vejigatorios sobre el pecho. Si bien es cierto, añade, que la existencia de mucosidades viscosas en los bronquios agrava la disnea, lo es también que se observa la perturbación respiratoria sin que las vías estén obstruídas. Cree, pues, «que el veneno que produce la influenza, obra sobre el sistema nervioso y »particularmente sobre los nervios de los pulmones, produciendo los fenómenos »de irritación brónquica y dísnea, á cuyos síntomas primitivos se añaden con »frecuencia la congestión ó inflamación de los bronquios.» El Dr. Pleyton Blakiston, de Birmingham, ha sostenido que la influenza es enfermedad del sistema nervioso con alteraciones consecutivas en los órganos de la respiración, de la circulación, etc.

El doctor francés Landau ha llegado á la misma conclusión que estos dos clínicos ingleses, al relatar la epidemia de gripe de 1837: «El sistema que más »me parece interesado en la gripe es el nervioso: de ahí la debilidad muscular, »la cefalalgia, que aparecen súbitamente, en sujetos de buen estado, etc.» Raige-Delorme en el artículo *Grippe* del *Dictionaire de Médecine,* sostiene que es una enfermedad general con manifestaciones locales; ataca las funciones vitales, siendo los síntomas locales accesorios y secundarios y que no pueden constituir por sí solos la enfermedad.

Rendu analiza los hechos clínicos referidos y busca su filiación patogénica. «Puede pensarse, dice, que el bulbo está afectado, por la parálisis bulbar que »sobreviene en ciertas formas, que el Sr. Huchard ha denominado bronco-plé»gicas: á las crisis de colapso cardíaco puede dárseles la misma interpretación. »En 1890 asistí á un hecho típico de este género. El enfermo era una mujer de »40 años, que acababa de perder á su marido víctima de la enfermedad rei»nante. En veinticuatro horas llegó á un estado comatoso, con contracción de »la pupila, dísnea paroxística, pequeñez de pulso, respiración de Cheyne»Stokes, cianosis y anuria. Hice aplicar un vejigatorio en la nuca, sanguijue»las detrás de las orejas é inyecciones de cafeina. A las 36 horas la enferma »reaccionó y se presentaron los fenómenos de una gripe ordinaria, de la que »curó.»

«A estas formas pueden añadirse los accidentes sincopales y de angina de »pecho con muerte súbita. Los enfermos presentan en algunos días un estado »general malo con fenómenos de angina de pecho, muriendo repentinamente al »revolverse en la cama. Puede ser que en estos casos se trate de una miocardi-

»tis; pero más probable es que sea debido á una alteración de los centros ner-»viosos ó del pneumo-gástrico.»

Huchard llama á estas formas *bronco-plegias*. Ha observado algunos casos en que ha sobrevenido rápidamente la disnea y grande dificultad respiratoria; no hay fiebre y la muerte avanza por momentos.

A este trastorno paralítico pulmonar debe añadirse la *parálisis del diafragma*. Suckling, de Birmigham (1892), refiere que una joven afecta de gripe fué acometida primero de dolores muy vivos en el miembro inferior derecho y después de parálisis de la mitad derecha del diafragma. Mejoró su estado gracias á la faradización, pero á los dos días murió repentinamente, á consecuencia, cree el autor, de neuritis del frénico derecho.

IV.—Gripe de forma infectiva grave.

Se ha descrito como variedad de la gripe una que reviste desde el comienzo el aspecto de infección grave, que se ha denominado forma tifódica. Es común observarla en toda edad, pero especialmente de 10 á 15 años hasta los 30.

No creo se trate de nueva infección añadida á la de la gripe, pues como aparece todo su aparato desde el comienzo de la enfermedad, es más natural suponer que es el proceso griposo revistiendo una forma tóxica general. Son notables algunos casos publicados de ella, entre los cuales debo mencionar uno dado á conocer por el malogrado Dr. F. Castells, en la *Gaceta médica catalana* del 15 de Agosto de 1892.

El profesor agregado de la facultad de París, ya citado varias veces, doctor Rendu, ha descrito los caracteres diferenciales de la forma infectiva de la gripe con la fiebre tifoidea. Exprésase así tan noble clínico: «Los prodromos no ofre-»cen la misma fisonomía. En la gripe la cefalalgia domina la escena, »el enfermo tiene la cabeza como apretada por un tornillo durante uno, »dos y tres días antes de desarrollarse la enfermedad; en la fiebre tifoi-»dea casi nunca el dolor es tan intenso; se trata en ella más á menu-»do de una raquialgia cervical. El dolor de los miembros en la gripe es más »marcado, tanto que se ha llegado á confundir con el reumatismo articular agu-»do. Al contrario, la epistaxis es más rara y los síntomas de empacho gástrico »menos pronunciados: algunos enfermos tienen náuseas y vómitos con lengua »saburral, pero raramente descamada, seca y roja como en la fiebre tifoidea.

«Los síntomas de invasión son más bruscos en la gripe, hasta tal punto que »la ascensión térmica es, en algún caso rapidísima, pues, en pocas horas, el »termómetro llega á 40° y más. En la dotinentería, al contrario, la ascensión es »gradual y se verifica en tres ó cuatro días, como lo hace notar Wunderlich. »Es difícil establecer caracteres distintivos del grado de adinamia ó de estupor, »pero puede afirmarse que ordinariamente hay menos estupor en la gripe.»

Ese estado gripal infectivo si se acompaña de localización pulmonar, podría confundirse con una tisis aguda; «pero la marcha de las dos enfermedades es »distinta. La granulia no se desarrolla casi nunca de pronto, sino que va prece-»dida de prodromos, puesto que se trata con frecuencia de un retoño de tuber-»culosis antigua. Algún tiempo antes de estar obligados de guardar cama, em-»piezan los enfermos á adelgazar sin causa conocida, presentan pleuresías lo-»calizadas insignificantes, etc. A pesar de esto, en el curso de la dolencia el »diagnóstico es muy delicado. En la tisis, el pulso es más rápido y en la gripe »hay frecuentemente disociación febril; el pulso es poco frecuente y la tempe-»ratura muy elevada. En la tisis la temperatura es más irregular y hay una es-»pecie de fiebre héctica; se notan los sudores nocturnos, la emaciación es más »considerable; la cianosis más rápida. Los signos locales se parecen más en los »dos casos, pero los enfermos de gripe tosen más que los tísicos y sobre todo ex-»pectoran más pronto. En la granulia no hay esputos, y cuando la bronquitis

»sobreviene, entraña la muerte rápida con síntomas de catarro sofocante. Pue»den verse casos de granulia sin disnea, escepto en los esfuerzos. En fin, el exa»men de los esputos puede revelar el signo patognomónico: permite encontrar »el bacilo, aunque, como ya he dicho, la expectoración es rara en la tisis agu»da. El verdadero criterio es la existencia de una epidemia gripal y la coexis»tencia de otras formas más ó menos benignas.» (Rendu.)

V.—Gripe de forma larvada.

Se han descrito formas de gripe larvada, esto es, que ofrecen la máscara, *induit larvum,* de otra enfermedad. En algunos casos es difícil precisar la naturaleza del cuadro pático que observamos; pero si nos hallamos en epidemia de gripe es facil entonces orientarnos y conocer el origen del desorden.

Un médico francés Caillaud (*La Médec. moderne,* 98, p. 505), ha publicado tres casos notables de violentas neuralgias abdominales sobrevenidas rápidamente, sin otro síntoma anterior, que dejaron un estado de debilidad considerable, una laxitud extrema, durante un periodo de dos á cuatro semanas, como es común en la gripe. Y como á la sazón reinaba en la misma localidad, en la época de referencia, una epidemia de influenza, atribuye á esta enfermedad infectiva la causa de los mentados trastornos.

Todas las formas anómalas descritas podrían denominarse larvadas, atendiendo la manera de presentarse y las circunstancias epidémicas que concurren en su presentación. Y como caso notable de forma larvada relato el siguiente. Un sujeto que ya otra vez estuvo enfermo de gripe con otitis externa y perioscitis mastoidea, ofreció en Diciembre de 1898 dolor muy intenso en los lomos, sin otro trastorno, durante dos días; estaba apirético, tenía apetito, etc... De súbito un día, á las 11 de la mañana, tiene fuerte escalofrío que repite á la una de la tarde, seguidos de calor no muy intenso, pero, sí, de abundantísimo sudor. Aparece al mismo día cistalgia con disuria y al siguiente diarrea considerable. No repitió la fiebre, menguó la perturbación vesical, se corrigió la intestinal, quedándole ligero catarro gástrico durante siete días. ¿En qué cuadro morboso, sino en el de la gripe, entran esta serie de desórdenes?

En el mismo mes de Diciembre observé otro caso parecido. Un sujeto de 62 años sintió durante tres días malestar indefinible; corriendo por su habitación tuvo fuerte escalofrío, que no repitió, y enseguida manifestóse localización bronquítica que duró ocho ó diez días, sin sobrevenir otra clase de perturbación. Este estado morboso no entra en el cuadro de ninguna de las formas comunes de gripe y no deja, sin embargo, de ser gripe.

También gripe de forma larvada sería la enfermedad que determinó en varios colegiales de Saint-Ló, según refirió el Dr. Le Clere en la *Soc. méd. de los hosp. de París* (28 oct. 1898), la aparición de edema periférico; edema que podía atribuirse á la acción paralizante de la toxina sobre el sistema vaso-motor ó bien á la acción directa que tuviese sobre el corazón y sistema arterial, determinando la disminución de la tensión vascular.

CAPÍTULO III.—Fenómenos que acompañan á la gripe

I. Caracteres de la orina.—II. De algunos síntomas que á veces implican gravedad: 1.º hemorragias. 2.º miosalgias ó miositis. 3.º artralgias, artritis ó sinovitis.—III. Formas especiales de gripe según los individuos.—Conclusión acerca la sintomatología gripal.

I.—Caracteres de la orina en la gripe

El Dr. Graves al describir la influenza, dice que la orina se cubre de una película rosácea. En la *Sociedad médica de los hospitales* de París (14 Febrero, 1890) Hayem refirió que todos los enfermos por él observados, ofrecían urobilinuria, presentando este síntoma una intensidad variable, según la gravedad de las manifestaciones ó complicaciones gripales, pero siendo notable hasta en los casos más ligeros. En cambio el farmacéutico Chappelle dice que la urobilina falta á menudo. Huchard señala la disminución de los fosfatos (por esto en el tratamiento da el fosfuro de zinc) y Fernet aumento de los uratos y fosfatos.

El Sr. Chappelle *(Sociedad de Farmacia* de Lyon, 1890), cita cifras altas de ácido fosfórico eliminado en veinticuatro horas: 3'67 gramos, 6'80, 3'43, 4'20, 4'06, 5'11, 4'90, 4'20, 7'35 y 3,67. Admitiendo un peso vivo medio de 60 kilogramos, la normal de las veinticuatro horas en ácido fosfórico es de 3 gramos; las cifras encontradas en los griposos prueban, pues, la eliminación mayor del ácido fosfórico. ¿Cómo conciliar esta opinión con la de Huchard? Quizás el hallar cifras bajas ha sido debido á la hiperacidez de la orina.

Respecto á los cromógenos, el indicán hallado constantemente por Gautrelet, lo ha encontrado Chappelle únicamente cuatro veces por cada once orinas analizadas.

Estas orinas eran ricas en uro-roseína, substancia que se descubre por el color rosa que toman las orinas al cabo de uno á tres minutos de contacto con el ácido clorhídrico puro ó el ácido sulfúrico diluído.

En algunas orinas se encuentra un derivado sulfo-conjugado del escatol, compuesto que da origen á una materia colorante violeta por la reacción de los hipocloritos en solución clorhídrica. Este cuerpo, insoluble en el éter, es soluble en el alcohol absoluto. El Sr. Chappelle lo ha encontrado dos veces. En una de estas orinas descubrió claramente el mismo escatol, bien reconocible por su olor infecto y por las agujas rojas de picrato de escatol que forma en el producto destilado la solución etérea de ácido pícrico.

A los clínicos, añade, corresponde relacionar estos hechos con los diversos fenómenos observados en la gripe y buscar su explicación.

El distinguido químico Sr. Gautrelet *(Médecine Moderne*, 20 Febrero, 1890) sustenta que la orina en la gripe, ofrece los siguientes caracteres: *a)* disminución considerable del volumen ordinario; *b)* aumento considerable de la acidez; *c)* disminución notable de los restos desasimilables; *d)* presencia de indicán.

Además, añade Gautrelet, que la característica fisiológica de la epidemia reinante, es una *hiperacidez orgánica* muy acentuada, según han demostrado los análisis, y á ella atribuye el aumento de fibrina circulatoria, que puede pro-

ducir éxtasis sanguíneo y coágulos fibrinosos en el pulmón, cérebro, etc., lo cual daría razón de ciertos síntomas. Esta misma acidez de los fluídos orgánicos sería causa de estímulo anormal de los elementos nerviosos, y por este motivo se producirían neuralgias y los diversos estados neurósicos gripales; además las paresias y parálisis las explica no sólo por la acidez patológica, sino también por el exceso de indicán, cuyas dos substancias químicas, dice, pueden producir afectos medulares.

Podrá variar la composición y reacción química de algún líquido excretorio en el curso de una enfermedad; pero variar el de la sangre es cosa más difícil: por lo tanto no creo dable atribuir á la acidez la causa de todos los desórdenes páticos que en la gripe se ofrecen.

En cambio, tienen más probabilidad de ser ciertas las modificaciones químicas que dependen de la presencia de toxinas elaboradas por el microbio de la gripe. Cuando menos en la orina deben existir por eliminación. El profesor Semmola, de Nápoles, en Octubre de 1891, hizo una comunicación á la Academia de Medicina de París á propósito de las inyecciones experimentales de orina y demostró que puede reproducirse en parte la forma clínica de la enfermedad con las inyecciones practicadas á los conejos con las orinas patológicas. La orina de un griposo que tenía 42°2 de calor, pulso á 80 y respiración á 20, inyectadas á un conejo en la proporción de 53 cc. por kilogramo de animal, le elevaron la temperatura á 39°5. La de otro enfermo con disnea extrema, debilidad cardíaca, etc., fué inyectada á conejos y les produjo la muerte con disnea considerable; los pulmones estaban muy congestionados. En este caso parecía haberse practicado el célebre experimento de Cl. Bernard de la sección de los vagos; sección que había determinado la acción de la toxina.

II.—De algunos síntomas que á veces implican gravedad

1.° *Hemorragias.*—2.° *Miosalgias ó miositis.*—3.° *Artralgias, artritis ó sinovitis.*

1.° Ya Law en 1779 describió la tendencia de la gripe á producir hemorragias; y Leyden en 1890 fué de los primeros que se ocuparon de ello.

Ya hemos visto que en todas las formas y procesos que se observan en la gripe hay hiperemia de las mucosas y probablemente existe igualmente en el seno de los parénquimas. De la turgencia sanguínea de los vasos á su rotura y derrame de sangre, determinando hemorragia, hay sólo un paso, bastando para darlo la fragilidad vascular que á veces ya existe y se había manifestado por otras hemorragias sufridas por el enfermo; á ello contribuye igualmente cierto grado de arteritis que altera la elasticidad de las paredes arteriales. Así se han visto metrorragias complicar gravemente ciertas afecciones ligeras del útero (casos referidos por Gottschalk á sazón de la epidemia de 1890); es común observar esputos de sangre (broncorragia), hematemesis, hematuria de origen renal; hemorragias meníngeas (Furbringer y Carageorgides) y en la substancia cerebral, siendo causa de apoplegías, monoplegias, hemiplegias, etc.; ligeros focos hemorrágicos en la membrana y caja del tambor, etc.

El alemán Muller, á semejanza de su compatriota Gottschalk, habiendo observado 46 casos de afecciones uterinas dependientes de la gripe, ha señalado metrorragias profusas y resistentes á las medicaciones ordinarias, las cuales se acompañaban de tumefacción y mayor sensibilidad del útero. Mijnlieff observó (aparte de varias metrorragias) dos casos más significativos: una mujer amenorreica desde 4 meses vió comparecer sus reglas al sufrir la gripe y una muchacha de 14 años que tuvo la primera menstruación durante un ataque intenso de gripe. La menstruación, cuando menos, es común que adelante algunos días en el curso de la gripe, como numerosos casos me ha sido dable observar; y á la vez pueden verse hemorragias en distintas mucosas y en los más variados parénqui-

nas. Gaudichier *(Société de medécine pratique,* 16 Enero, 1890) refiere cuatro casos serios de epistaxis en griposos que no ofrecieron otro síntoma grave y Voisin, como ya he referido, vió hechos semejantes (1898).

Con la hemorragia externa coincide á veces, según algunos clínicos, especialmente Fuster (1861), una calma notable ó la disminución de la enfermedad, y se comprende que así sea, pues de esta manera se descongestionan las mucosas hiperemiadas, siendo idéntico al resultado que produce un sudor copioso general.

Todas estas hemorragias, como igualmente los sudores, diarrea y abundancia de expectoración, se han considerado *fenómenos críticos,* notándose al sobrevenir la desaparición de los principales síntomas. No diré que la naturaleza abra conscientemente la puerta por *rexis* ó por los folículos secretorios á los líquidos mentados; pero sí que cuando la alteración anatómica ó fisiológica determina su salida (sangre) ó evacuación (líquidos intestinales), se eliminan innumerables productos tóxicos retenidos en nuestro organismo cuya descarga, por su resultado, merece el nombre de terapéutica ó curativa.

2.° Constituye también síntoma importante de la gripe, que alguna vez llega á revestir los caracteres de forma pática, los diferentes dolores que aquejan al enfermo y que se han considerado por algunos de naturaleza reumática, y de ahí que se hayan denominado *reumatalgias,* si bien merecen mejor, al especificarlos, el calificativo de *miosalgias* y *artralgias,* según asienten en las masas musculares ó en las articulaciones y quizá de *miositis* ó de *artritis* ó *sinovitis.*

Las grandes masas musculares se hallan afectadas; pueden citarse como más propensas á ello las de los lomos, muslos y pantorrillas, si bien no es raro que el enfermo sienta dolores en músculos y aponeurosis de mucha menor extensión, como por ejemplo, el músculo cutáneo fronto-occipital. En el muslo de un enfermo griposo noté aumento de volumen considerable, durante el período en que persistió la miosalgia, trastorno que desapareció paulatinamente, no sin que cojease algunos días una vez ya restablecido del daño general.

Diamantberger (París, 1894) refirió un caso observado en uno de sus clientes en el que se presentaron dos abcesos intramusculares, uno en la pantorrilla derecha y otro en los pronadores del antebrazo izquierdo, en cuyo pus existían abundantes estreptococos.

3.° Pero las artralgias ocupan importante lugar en este grupo de síntomas. Creo que en lugar de artralgias sería mejor denominarlas artritis ó sinovitis, pues la observación detenida de algunos casos me ha comprobado la existencia de flógosis articular. En varios noté derrame seroso articular, resuelto al fin y reabsorbido con los medios convenientes; llegando en uno, sujeto de 30 años que no tenía antecedentes de reumatismo, á revestir los caracteres de hidrartrosis de la rodilla izquierda.

Y prueba por otro lado la existencia de un proceso inflamatorio en la membrana sinovial de las articulaciones el siguiente caso, en el cual vemos resolverse la rigidez articular que había subseguido á un traumatismo sobre el hombro derecho mediante la flógosis gripal. Erase una señora de 56 años afecta por herencia de reumatismo; sufrió una caída, dió de hombro al suelo, le sobrevino una artritis aguda que dejó pseudo anquilosada la articulación, siéndole imposible efectuar los movimientos de elevación y rotación del brazo; con los tópicos revulsivos, las aplicaciones calientes, fomentos resolutivos y el amasamiento, nada logróse; padeció, al fin, la gripe en Enero del año 90 (al cabo de año y medio), gripe de forma miosálgica y artrálgica, hallándose afecta, entre otras, la articulación citada. Cuando cedió el mal y pasó la convalecencia, observóse que efectuaba bien los movimientos de aquel miembro y hasta hoy nada nuevo ha ofrecido.

Marotte *(Province médical,* 25 Abril 1896) sostiene que debe admitirse, como quiere el profesor Grasset de Montpeller, cierta relación entre el reumatismo articular agudo y la gripe, cuando es frecuente ver evolucionar estas enfermedades

en una misma localidad, en términos que opina que pueden ser manifestaciones diversas de la misma constitución epidémica.

III.—Formas especiales de gripe según los individuos

En el niño se observan la eruptiva y cérebro-meníngea; en el adulto, tanto varón como hembra, todas las formas, pero con menor frecuencia la eruptiva; en el viejo las cardíaca, bronquítica y pulmonal. Comby, en el hospicio de Chardon-Lagache, de París (1891), vió que era la bronquítica la que sufrieron los ancianos allí recluídos. El mismo Comby, distinguido paidópata, vió en la epidemia de 1889-90 doscientos diez y ocho casos de gripe en niños cuya edad variaba de 17 días á 15 años; los recién nacidos gozan de cierta inmunidad. De estos 218 enfermitos, 48 tenían de 0 á 2 años, 76 de 2 á 5 y 94 de 5 á 15. Ha observado 18 veces epistaxis; en 12 enfermitos erupciones de tipo diferente sin descamación; en 4 herpes labiales; en 1 urticaria; 2 veces eritema y miliar sudoral; 3 veces roseola; 1 vez eritema escarlatiniforme y otra vez sarampionoso. Entre las complicaciones cita: bronquitis, 18 veces; bronco-pneumonía, 1; oftalmias, 14; afectos auriculares, 13; y artritis tibio-tarsiana, 1 (*Soc. méd. de los hosp.* de París, 7 Febrero 1890). El doctor ruso Filatow, en 1885, publicó un trabajo sobre la gripe en los niños (*Gac. méd. Catalana,* número 85, pág. 696) del cual escogemos lo más importante: empieza con prodromos (tos, estornudos, conjuntivitis y bronquitis) y la fiebre ofrece el tipo reminente continuo, terminando por defervescencia. Yo creo que los síntomas que llama Filatow prodrómicos, constituyen ya la enfermedad confirmada y en lo demás no se nota nada de especial y característico.

Es común la confusión del primer período de la influenza con los prodromos del *sarampión*. El niño tiene lagrimeo, estornudos, tos, fiebre; faltan, es verdad, el enantema del paladar y la estomatitis de Comby (si bien esta no tiene el valor que se le ha atribuído); además, en la gripe suelen los niños tener vómitos, los que no existen en el sarampión. Estos vómitos pueden hacer confundir la gripe con la *escarlatina,* fiebre eruptiva que en algunos casos ocasiona fuerte emesis en su primer período, y más es dable confundirlas cuando haya erupción gripal eritematosa y angina algo intensa; pero en el plazo de uno ó dos días se fija el diagnóstico y aunque se continuase en la duda, no influiría en el tratamiento. Confusión existe también con la *viruela,* lo cual es de comprender si recordamos que en la gripe hay fiebre, raquialgia, delirio, hiperemia conjuntival, vómitos, etc., etc.; si el niño no está vacunado es necesario dejar transcurrir el tiempo y más si evolucionan á la vez, como he visto, una epidemia de viruela y otra de influenza (otoño de 1896 é invierno de 1896-97); cuando existan síntomas de bronquitis hemos de inclinarnos al diagnóstico de gripe.—En los niños es común que esta enfermedad se inicie con *convulsiones* de origen hipertérmico. Por fin, en los de mama he observado que después de finida la gripe les queda disfagia, que les priva el tragar la leche que tienen en la boca; no se observa nada en la faringe, tienen la inteligencia clara y están apiréticos; luego debe atribuirse á esofagitis causa de *disfagia dolorosa.*

En la mujer predominan á veces los desórdenes sexuales. He referido anteriormente las metrorragias y al lado de ellas puede colocarse la congestión ovárica revelada por dolor á la presión. La neuralgia intercostal con aumento de volumen de la mama correspondiente y dolor al tacto (Bidón); síntomas agudizados de endrometitis y salpingitis y diversos trastornos nerviosos: histeria, psicosis... Jutrosinski ha publicado (1891) el caso interesante de una mujer de 24 años que afectó de manía puerperal en 1886; curada de ella volvió á ofrecer los trastornos mentales en 1889 bajo la acción de la gripe.

He visto varias veces á la gripe determinar el parto prematuro; en algún caso fuera de la infección gripal no ha sobrevenido infección nueva; en otros ésta

ha ocasionado la muerte; los estudiaré en conjunto en el capítulo de complicaciones de la gripe.

Llegado á este punto, especificadas y descritas las formas de gripe tál como en Clínica se observan, es preciso manifieste que algunos autores han hablado de formas clínicas sin señalar localización orgánica, sino dándoles nombre por el aspecto general que reviste el aparato sintomático. Así se ha dicho por Fuster, que la gripe ofrece una forma espasmódica, otra flogística y otra mixta que abraza las dos. Si examinamos el conjunto sintomático se nota que los elementos flogístico y espasmódico (como habría dicho Forget, de Estrasburgo), existen unidos en todos los enfermos de gripe, lo cual prueba que sea cualquiera la forma que se estudie, ha de ser mixta, ha de caracterizarse por desórdenes á la vez flogísticos y nerviosos. Luego si es un rasgo común, no es posible partir de él para basar la clasificación. Por esto he establecido la anterior, guiándome más en la localización morbosa, pues tratándose de una enfermedad que tiene rasgos comunes para todas sus manifestaciones, es preciso fijarse en las diferencias qué establece el órgano más perjudicado, aquel que por ser tal vez el *locus minoris resistentiæ,* sufre con mayor intensidad los embates de la dolencia.

Se ha creído que en la localización gripal influían el clima, la estación y las circunstancias meteorológicas concomitantes. Así se ha dicho que en invierno predominan las formas pulmonares y mucoso-fibrosas; en verano las gastro-entéricas, y en climas y estaciones variables las nerviosas y todo género de fluxiones. Esto no es cierto, pues los que hemos observado la pandemia de 1889-90 y las epidemias sucesivas, sabemos bien que existían á la vez todas las manifestaciones, fuese cualquiera la condición exterior. Apoyánse los que tal cosa afirman, en que en las epidemias de 1799, 1833 y 1837 predominaron las hemorragias; las meningitis cerebrales en 1830-31, 1837, 1846-47 y otros años; la fiebre lenta en 1699, 1758, 1762, etc. En la última epidemia de 1889-90 y también 91, no ha existido predominio especial de ninguna forma, pues todas se han visto, todas han podido estudiarse por igual; de modo que no puede indicarse cuál fué su característica clínica.

CAPÍTULO IV.—Complicaciones y consecuencias de la gripe

I.—Aparato respiratorio: coriza crónico; angina difteroide; faringitis; laringitis; congestión pulmonar, hemoptoica y atelectásica; pneumonias; pleuresías.—II. Vías urinarias: atonía vesical; cistalgia; cistitis; congestión renal; nefritis.—III. Otitis media.—IV. Meningitis cerebral de origen ótico.—V. Accidentes oculares.—VI. Aparato circulatorio; arteritis (gangrena).—VII. Diabetes.—VIII. Gripe y tuberculosis.—IX. Desórdenes mentales.—X. Gripe y sistema nervioso.—XI. Gripe en el embarazo y puerperio.—XII. La gripe en Cirugía.—XIII. Manifestaciones articulares post-gripales.

Es este uno de los capítulos más importantes de la patología de la gripe. Distingo las complicaciones y las consecuencias de esta dolencia.

Las complicaciones son los fenómenos extraordinarios que sobrevienen en su curso; bronquitis, otitis, trastornos quirúrgicos, etc. Enfermedades consecutivas ó consecuencias, las que sobrevienen más tarde, ya extinguido el período de agudez y muchas veces cuando el enfermo ya ha salido de su casa y ha sido dado de alta; tales son la meningitis consecutiva á otitis, diferentes psicosis, la tisis pulmonar, etc.

Por el enlace existente entre complicaciones y consecuencias no es posible formar dos capítulos distintos; porque, v. gr., la otitis (complicación) puede producir meningitis (consecuencia); la pleuresía (complicación) determina tuberculosis (consecuencia), etc. Así es preferible seguir el análisis de todos los resultados ulteriores que la gripe origina, siguiendo aparato por aparato.

I.—Aparato respiratorio

Ya sabemos cuán frecuente es el coriza en la gripe; este *coriza* puede persistir bajo la forma crónica. El Sr. Ragoneau ha observado diferentes casos de él con anosmía; el estado de la membrana mucosa olfatoria hacía colocar los casos estudiados en la forma hipertrófica; además la funcionabilidad del nervio olfativo quedaba abolida por la perturbación de dicha membrana. La secreción en todos era escasa y sólo se reproducía cada dos ó tres días. Con tratamiento adecuado y persistente logróse la curación.

Complicación fácil de observar en la gripe es la *angina difteroide* producida por estreptococos, descrita la primera vez en estas circunstancias por el profesor G. Sée á últimos del año 1890. Estas anginas de estreptococos revisten la forma pultácea ó la pseudo-membranosa, como comprobó el Sr. Barbier en la *Revue des maladies de l' enfance* (Noviembre de 1892). El estado general en estas anginas, que se observan también en la escarlatina, á consecuencia de un enfriamiento, etc., no se altera profundamente; por esto se distingue de las diftéricas; no hay el tinte plomizo del rostro, ni éste está edematoso, ni el cuello hinchado, proconsular, como se llama; en una palabra, hay más síntomas anginosos que infecciosos. Es complicación que cede á un tratamiento antiséptico adecuado.

Sí contamos la faringe en la vía respiratoria, es preciso relatar los desórdenes de alguna importancia que en ella produce la gripe. Así los ha descrito el Dr. Koch, de Luxemburgo:

«Las cavidades naso-faríngeas son el punto origen de un gran número de afecciones locales que sobrevienen en el curso de la influenza; la inflamación de la mucosa nasal produce tal hinchazón, que al tener la boca cerrada se oye el ruido nasal. Puede creerse que la nariz y la faringe representan el principió de la infección general; los dolores frontal y faringeo que no desaparecen con la fiebre, pero que cesan solamente al deshincharse las mucosas nasal y faríngea, parecen confirmar esta opinión.

«Estos síntomas exagerados de faringitis, si no se conociese la causa, podrían hacer pensar en la sífilis. El color rojo-violáceo recuerda también á la erisipela de la región, y sobre este particular debe recordarse que Bouchart y Weichselbaum han encontrado en las secreciones naso-faríngeas los estreptococos y pneumococos característicos, respectivamente, de la erisipela y pulmonía. La mucosa no sólo está roja sino que también está edematosa y la úvula desviada, lo cual simula un síntoma de albuminuria. Este edema infiltra hasta los músculos del velo palatino y entonces no funcionan debidamente, y de ello puede venir su parálisis.»

En la laringe ha observado Cartaz, á más de la inflamación catarral mentada, complicaciones consecutivas más serias, tales como exulceraciones erosivas, ulceraciones, parálisis y edemas persistentes. El Sr. Natier ha visto una hinchazón persistente de las cuerdas vocales inferiores.

Se ha descrito por Clement, de Burdeos (1896), un notable caso de *parálisis post-gripal* del velo del paladar, de la faringe y de la laringe, que sobrevino á los 15 días de haber curado la gripe y debutó por el velo del paladar. Al invadir disoció los filetes de los nervios motores y por esto se vió sin perturbación el músculo crico-aritenoideo posterior ó abductor, inervado por el laringeo inferior y en cambio los otros músculos regidos por éste y por el laringeo superior estaban parésicos ó paralizados.

Donde produce los principales trastornos la infección gripal por las localizaciones microbianas secundarias que determina, es en las últimas ramificaciones bronquiales y en los alvéolos del pulmón, originando bronquitis capilar y bronco-pneumonía.

Al hablar de la forma bronco-pulmonar de la gripe he expuesto la opinión de Ferrand y Woillez sobre un síntoma que revela las complicaciones que entro á estudiar.

Se han descrito dos variedades de *congestión pulmonar: hemoptoica* y *atelectásica.*

La *hemoptoica* es la variedad activa que nada de particular ofrece dentro la clínica; pero la más grave es la pasiva ó *atelectásica*, no descrita antes del doctor Huchard. Es con frecuencia bilateral y reside en la base del pulmón. Se manifiesta por estertores crepitantes finos, muy numerosos, especialmente en las grandes inspiraciones.

Origina esta congestión pasiva complicaciones más graves, si el enfermo comete imprudencias ó se expone á enfriamientos. Es debida esta atelectasia á una especie de debilitación pulmonar, ocasionada por la disminución de la contractilidad bronquial y de la elasticidad de las vesículas pulmonales. (1)

Paso directamente al estudio de las *pneumonías gripales*. Se ha escrito tanto después de la epidemia de 1889-90 sobre esta complicación de la gripe, que es

(1) La atelectasia pulmonar se divide en *fetal* (suele hallarse en el pulmón del feto), *propiamente dicha* (por compresión del pulmón: tumor, derrame pleurítico....) y por *colapso pulmonar*. En este caso hay obstrucción de un bronquio por tapón epitelial, moco y hasta por un cuerpo extraño. No pasa al aire á los alvéolos correspondientes y estos se aplanan y el parénquima se deprime (Bard). Esto sucede en la gripe.

necesario hacer un trabajo analítico primero y sintético después, para alcanzar algún provecho de su estudio.

Duponchel, médico militar, sostuvo que las pulmonías que se observan en época de gripe, verdaderamente dependen de ella. Forman parte, dice, de las manifestaciones propias de la enfermedad y no son resultado de infección pneumónica secundaria. Se diferencian de las comunes, francas, por la falta de esputos rojos, de escalofrío inicial, por su evolución en brotes sucesivos como en la bronco-pneumonia y por su larga duración, á veces de tres semanas. Examinados los esputos de tres enfermos, no ha visto en ellos el bacilo de Koch, ni el diplococo capsulado. Un ratón inoculado con estos esputos sucumbió: en su sangre y en diversos órganos no se hallaron pneumococos. De estos hechos deduce Duponchel que existe una pneumonia gripal distinta de la fibrinosa común.

El profesor Laverán afirma las deducciones del Dr. Duponchel, por haber observado pneumonias semejantes á las descritas por él, terminadas favorablemente por la curación. Pero refiere haber visto, además, algunas con carácter hiperinfeccioso, en las cuales raramente ha descubierto el pneumococo; pero, sí, asegura que en esta variedad es frecuente observar el estreptococo en los esputos. Este micro-organismo no lo ha visto nunca en la sangre de los enfermos examinada al principio de la dolencia. Luego esto hace admitir la existencia de infección secundaria subsiguiente á la gripe.

El profesor agregado de París, Sr. Gaucher (*Soc. méd. de los hospit.*, 14 Marzo, 1890), ha estudiado macrocóscopica y microscópicamente los pulmones de dos sujetos fallecidos de pneumonia en el curso de la gripe. En ambos ofrecíase el aspecto de pneumonia lobar llegada á la hepatización gris; pero más bien que de pulmonía franca se trataba de *bronco-pneumonia masiva pseudo-lobar*, caracterizada por la abundancia de leucocitos que rellenaban los alvéolos pulmonares y los bronquiolos. El examen microscópico practicado por Thoinot sembrando en gelosa las pulpas pulmonar y esplénica, dió estos resultados: la esplénica resultó estéril; la pulmonar determinó el desarrollo de un pequeño bacilo distinto del pneumococo y estreptococo. Creo, por lo tanto, dice al concluír, que existe una pneumonia gripal, sin infección secundaria pneumocócica ó estreptocócica.

Pfeiffer sostiene que la pneumonia gripal es debida al microbio por él descubierto; Ravninsky en 1894 apoyó este aserto y el Sr. Kramer (de Viena) en un notable trabajo publicado en 1897, confirma que este micro-parásito, no sólo produce pequeños focos de hepatización pulmonar, sino hasta focos extensos de infiltración. Pefiffer y Chiari llegan al extremo de suponer que supuraciones del pulmón vistas durante la gripe, son producidas por él; y hasta según el citado Kramer, puede determinar un estado de forma crónica semejante á la tuberculosis del pulmón, siendo preciso para establecer el diagnóstico practicar el estudio basterioscópico.

Pero también es innegable que se producen en el curso de la gripe pneumonías fibrinosas, no sólo caracterizadas por los síntomas, sino también por el análisis microbiano.

Sée y Bordas consideraron esta pneumonia semejante á las ordinarias de origen local, cuyo pneumococo puede hacerse general, invadiendo otros órganos; y Ménetrier *(Acad. Médecine,* 11 Febrero, 1890) sostuvo, según el resultado de diversas autopsias, que la pneumonia gripal es semejante á la fibrinosa común y ordinaria por sus lesiones y por su microbio.

Pasando al terreno clínico, es necesario recordar lo que dijo Dujardin-Beaumetz *(Bull. gén. de Thér.*, 15 Enero de 1890) que su gravedad no estriba en ser infecciosa, sino en sobrevenir en un individuo infectado, en un individuo que no tiene las condiciones de resistencia que sería menester.

Esta circunstancia influye en el aspecto que adquiere la pulmonía en los gripposos, bien descrito por el Dr. Lletget *(Siglo Médico,* 1891, página 356). No se notan los síntomas pleximétricos tan francos como en la lobar, ni tampoco la

auscultación revela la abundancia y finura en los estertores, ni el pulso es fuerte, sino depresible, ni el color de las mejillas es rojo, subido, sino con tendencias á amoratarse...; no hay, en una palabra, fuerza de reacción; el organismo se aplasta bajo el peso de aquella nueva infección...

El carácter típico que en clínica presentan las pulmonías de la gripe, está magistralmente descrito por el Dr. Robert en la *Revista de Cien. méd.* de Barcelona de 10 de Enero de 1895. Hé ahí como se expresa tan sabio maestro:

«Las pneumonias de carácter gripal, pocas veces abren la marcha del proceso infectivo, siendo lo más común que la localización de pecho vaya precedida de fenómenos catarrales de poco relieve, en el mismo aparato respiratorio, en el digestivo ó en otro. Tras este preludio, más ó menos largo y que suele ir acompañado de pirexia, variable también en intensidad, van tomando cuerpo los síntomas pulmónicos, de una manera solapada ó, al revés, con un aparato—frío inicial intenso y fiebre alta—que recuerda el modo de comenzar de la pneumonitis crupal. Aunque la lesión pulmonar se establezca en foco, pequeño ó grande, y vaya ó no acompañada de bronquitis, no llega á las alturas, por lo que á exudación intra-alveolar se refiere, de lo que ocurre ordinariamente en la bronco-pneumonía común y mucho menos en la lobular ó fibrinosa. Los territorios invadidos, mejor lucen los rasgos de una simple esplenización pseudo-pneumónica, que de una hepatización positiva, por manera que, aun en el caso de que la pleximetría acuse una zona de insonoridad manifiesta, casi nunca se percibe el estertor crepitante fino y seco de la pulmonía, sino el mucoso; ni se produce el soplo tubárico típico; en cambio, el esputo herrumbroso y hasta el hemoptoico aparecen como signo del agobio vascular. Corrobora lo indicado el que los focos de pneumonia gripal se hacen movibles, saltan de la base de un pulmón al vértice, ó después de haberse estacionado en un lado, brotan en el opuesto; de ahí que siendo en algunas ocasiones corta su residencia en un lóbulo, durando menos tal vez del trámite reglamentario—siete días,—como se suceden unos á otros, resulta un ciclo total pneumónico de mucha duración. A todo esto las incidencias de la curva febril son tan notables como caprichosas, faltando aquel clasicismo casi hermoso de la calentura en la *pneúmonia vera*, cuando se la ve subir bruscamente, después del frío inicial, permanecer en el *fastigium* siete días y después bajar y desaparecer en el breve espacio de pocas horas. En la pulmonía gripal, la curva pirética es loca; y sucede que á veces, á los dos ó tres días de aparecer el foco pneumónico y continuando en marcha la lesión local, baja la temperatura á 38° ó 37° y no vuelve á subir, ó sube cuando menos se esperaba, ó desciende por debajo de la cifra normal, marcándose unas oscilaciones extrañas y de todo orden, inclusa la simulación de una intermitente.»

A la infección y localización pulmonar generadora de la pulmonía, debe añadirse la influencia que puede tener dicha infección sobre el nervio vago. Ya al referir la forma broncoplégica de la gripe, tan bien estudiada á mediados del siglo por Graves y últimamente por Huchard, heme ocupado de los desórdenes probablemente de origen nervioso que la determinan.

Y á esta acción paralítica sobre el vago ha referido un laborioso médico español, el Dr. Peinado, de Granada *(Gac. Méd. de Granada,* 1890), la propensión á estas localizaciones, apoyándose en los experimentos de los Sres. Arthaud y Butte sobre la sección de los vagos. Estos señores han visto, al revés de otros experimentadores, que la sección de un vago produce dilatación vascular en el pulmón correspondiente, prueba de la acción vaso-motriz ejercida por estos nervios sobre dicha víscera.

De consiguiente, obrando el veneno de la gripe sobre el vago, determina una acción paralizante, y de este modo se origina una perturbación vaso-motora en el parenquima que lo convierte en terreno adecuado para la pululación de los microbios patógenos que acostumbran invadir esta importante entraña.

El sabio clínico y terapeuta Dr. Huchard, ha hecho un estudio notable de las pneumonias gripales y establece su división en varios grupos según las for-

mas que en clínica revisten. Cree que sin duda alguna hay:—1.º; una clase de *pneumonias francamente fibrinosas* ó pneumocócicas, junto al lado de otras gripales ó estreptocócicas.—2.º, se observan algunas que ofrecen los signos estetoscópicos de hepatización pulmonar, macicez más ó menos extensa de los dos pulmones, soplo tubárico, estertores crepitantes, aumento de las vibraciones torácicas, broncofonía y disnea de mayor ó menor intensidad. Con estos síntomas se hace el diagnóstico de pneumonia fibrinosa, pero faltan los esputos herrumbrosos, la expectoración es filamentosa, aireada y escasa, se parece á una solución de goma ó es compacta, moco-purulenta y absolutamente privada de aire. Si hay en este estado dolor de costado, faltan los escalofríos iniciales, ó si se experimenta algunos escalofríos, semejan más á los de la pleuresía. La defervescencia aparece á los seis ú ocho días, pero el efecto es transitorio, pues pronto vuelve la fiebre para desaparecer y volver más tarde, al mismo tiempo que se fraguan nuevos focos pneumónicos en distintos sitios del pulmón. Trátase, en resumen, de *pneumonia de brotes sucesivos*, cuya curva térmica es absolutamente distinta de la pneumonia vulgar y se asemeja á la de la bronco-pneumonia.—3.º, vese otra clase de pulmonías que marchan rápidamente á la hepatización gris, *pneumonias galopantes*, cuya evolución se efectúa en dos ó tres días.—4.º, las hay *bastardas*, que se presentan bajo el aspecto de atelectasia pulmonar, de marcha subaguda é insidiosa, sin grande elevación térmica y que resisten largas semanas á toda intervención terapéutica. Constituyen la congestión pulmonar atelectásica, descrita anteriormente.—5.º, también se observan congestiones pulmonares activas, causa de hemoptisis, que hacen pensar en el desarrollo de tuberculosis pulmonar, sin que el examen microbiológico demuestre la existencia del bacilo de Koch. En alguno de estos casos la temperatura puede subir á 41º.—6.º, otras veces esta congestión pulmonar se manifiesta bajo el punto de vista estetoscópico, por la disminución y hasta desaparición del murmullo vesicular. La respiración es silenciosa; la expectoración se ofrece bajo el aspecto de una especie de goma y puede fijarse el diagnóstico de *congestión masiva* del pulmón por la macicez, el aumento de las vibraciones torácicas y la disnea.—7.º, varios enfermos ofrecen ambos pulmones llenos de numerosos estertores crepitantes, extremadamente finos, rompiéndose al oído como delicada lluvia, que produce la impresión como de asociación ó combinación de congestión y edema pulmonares. Generalmente aumenta la congestión y aparece la cianosis, consecuencia de asfixia casi aguda.—8.º, pero en algún caso la asfixia de orden mecánico no se debe al movimiento congestivo, sino á verdadera *pneumonía masiva*, que ya Nonat describió en 1837, en la cual es común hallar en la autopsia concreciones pseudo-membranosas que obliteran casi completamente los bronquios.—9.º, hay por último otra forma, descrita ya por Graves, con motivo de la epidemia de 1847 con la calificación de parálisis del pulmón y por Huchard con el de *broncoplegia*, de la cual me he ocupado en las formas anómalas de la gripe. A esta forma añade Huchard la *cardioplégica*, pues ambas dependen del trastorno que la toxina gripal produce sobre los vagos.

Dentro de esta variedad de desórdenes pulmonares, se comprende cuán difícil será en clínica hallar solo los síntomas que permitan colocar debidamente la enfermedad que observamos en uno de aquellos cuadros. Cuando hay tantas variedades es indudable que habrá enfermo ofreciendo lesiones correspondientes á más de una, y no tengo inconveniente alguno en asegurar que he visto griposos que han presentado á la vez hepatizaciones fibrinosas más ó menos extensas, junto á edema pulmonar, y focos de bronquitis capilar con estertores finísimos rodeando á porciones impermeables al aire y mates á la percusión ó, al revés, englobados por ellos.

El siguiente caso comprueba lo indicado. D.ª M. T., de 33 años, contrae la gripe de forma bronquítica á últimos de Diciembre de 1889; se pone en cama un día y toma sudoríficos, con lo cual logra que disminuyan la fiebre y la tos; al levantarse se expone á corrientes de aire y con ello crecen los fenómenos

flogísticos bronquiales y de reacción general, y después de varias alternativas y de permanecer diariamente en cama algunas horas, vese obligada á quedarse definitivamente en ella. Los sintomas locales acusaban intensa bronquitis capilar con localizaciones diversas y variables; ya residían hoy en una base y en un vértice para cambiar el día siguiente, ya quedaban ocupadas las dos caras posteriores, ya las dos bases. Los estertores eran variados: finos, crepitantes, húmedos, secos, de gruesas y pequeñas burbujas, como chasquidos, etc. La expectoración era al principio espumosa, aireada, como debida á edema pulmonar; pero más tarde se hizo rosada y más densa, igual que sangre diluida en liquido mucilaginoso y en algunos momentos del todo hemoptoica. Los decúbitos eran indiferentes, predominando, no obstante, el supino. La temperatura elevada y variable; unos días muy intensa para descender al siguiente, como si la enfermedad tendiese á la resolución. Al principio la inteligencia se conservaba clara; pero más tarde por trastornarse la circulación cerebral, por la fiebre y por dificultad circulatoria sobrevino su obtusión y delirio. Fuéronse ocupando sucesivamente todos los ámbitos pulmonares; los desórdenes flogísticos que de un punto pasaban á otro se hicieron permanentes y al final se generalizó la flógosis.—La disnea aumentó, el corazón aceleróse, hasta llegar á la embriocardia; se pusieron cianóticas las mejillas, y lo que era antes calor trocóse en enfriamiento, qué llegó á ser marmóreo, sobreviniendo al fin el colapso agónico. Duró toda la enfermedad 15 días.

Esto demuestra lo que he dicho anteriormente: que es muy difícil en el terreno clínico hallar franca una de las variedades señaladas por Huchard, excepto quizá la pneumonia masiva de un pulmón, que he visto varias veces en el curso de la gripe, tanto en niños como en adultos.

En el caso relatado anteriormente, llegóse al ascenso final con varias oscilaciones; la sangre espectorada demostró la existencia de focos de hiperemia activa, la cual acompañábase de edema pulmonar y la terminación fué por colapso respiratorio. Luego en él observáronse distintas formas de las delineadas por Huchard.

Es frecuente observar durante una epidemia de gripe casos de *bronquitis* ó *bronco-pneumonia sub-aguda,* con abundantísima expectoración, ofreciendo los esputos los caracteres siguientes: son de color obscuro, densos, unidos; el color recuerda á una solución espesa de goma mezclada íntimamente con polvillo negro, en términos que hasta los de un niño recordaban los que expectoran los sujetos que trabajan en la carga y descarga de carbón; tales esputos no forman en la escupidera masa igual, compacta, sino que la superficie es ondulada, no es lisa, y el borde de la masa es festoneado; de modo que se llega á distinguir un esputo del otro. Estos enfermos han pasado su primer periodo con fiebre escasa, con tos, con ligero malestar,... sin abandonar sus ocupaciones. Por último necesitan del auxilio médico y se los encuentra con un pulmón ocupado desde la base al vértice, con densificación intensa, con innumerables estertores, con fiebre al anochecer, abatimiento, etc.

Las vías digestivas suelen estar bien y esto salva al enfermo, pues puede nutrirse y tolerar los fármacos que le conducen á la curación.

En resumen, puede decirse lo siguiente: que en la gripe se observan afectos bronco-pulmonares que son producidos por el pneumococo (ofreciendo los síntomas de pneumonia fibrinosa), por el estreptococo (con los síntomas de bronco-pneumonia) y también por el mismo microbio específico.

Estas diversas manifestaciones adquieren mayor gravedad porque en la gripe tiende á paralizarse el vago, lo cual favorece la congestión pulmonar y prepara el terreno á infecciones secundarias, sean estreptocócicas ó pneumocócicas, tan bien conocidas desde la tesis de Mosny.

Pleuresías.—Son frecuentes las pleurodineas en la gripe (Fereol), en términos que compareciendo al final de la enfermedad, hacen sospechar en la apa-

rición de pleuritis ó de tuberculosis. Sólo el curso de la enfermedad debidamente observado dilucidará el diagnóstico.

Fereol, que demostró la abundancia de pleurodineas en esta afección, negó la de pleuresías; en cambio Laverán hizo notar su relativa frecuencia, pues tuvo que practicar en poco tiempo cinco operaciones de empiema.

Muchas pleuresías gripales terminan por supuración y en el pus se halla el estreptococo ú otro microbio puógeno.

En 1895 hubo en la ciudad de Dijón una epidemia de gripe que se mostró grave por las frecuentes pleuresías purulentas á que dió origen. Hasta en perros enfermos de la dolencia que en ellos se supone es la gripe y que se titula afección ó fiebre tifoidea, se ha visto la misma terminación; y Megnin y A. Veillon, inteligentes veterinarios franceses, han visto en un perro atacado de ella, que una pleuresía que sobrevino terminó por supuración por la acción del estreptococo.

Todas las variedades de pleuresía se han observado en el curso de la gripe: la simple, llamada fibrinosa por Talamón, la fibrino-serosa ó con derrame, la seca y adhesiva, y la purulenta. Los síntomas agudos, el dolor de costado, la fiebre, pasan en muchos enfermos confundidos entre los trastornos propios de la gripe. Llega un momento en que el enfermo se presenta al médico y éste ya observa la exudación, el derrame. De modo que lo que pasa generalmente en las pleuresías de otro origen, sucede con mayor frecuencia en las subsiguientes á esta enfermedad. Con todo, se ha descrito una forma especial, como diré más adelante.

Uno de los casos que he observado de pleuresía post-gripal recayó en un sujeto de 32 años, que al pedir auxilio de la ciencia, tenía abundante derrame izquierdo que le dislocaba el corazón. Se reabsorbió el derrame y quedáronle adherencias que con nada desaparecieron; pudo volver dicho sujeto á su pesado trabajo de forjador de hierro, pero al fin sucumbió á múltiples desórdenes viscerales (nefritis, bronquitis crónica, etc.), probablemente de origen tuberculoso y con una úlcera en el pié derecho que resultó incurable á todos los tópicos empleados.

Otra pleuresía que recayó en una muchacha de 17 años, originada igualmente por la gripe, con derrame extenso en la pleura derecha, logró curarse con preparados iodurados y la revulsión cutánea.

Así como en el primer caso, después de reabsorbido el líquido y con adherencias consecutivas, pudo el enfermo volver al trabajo, si bien murió más tarde, en el que describiré brevemente siguió á continuación el proceso tuberculoso sin que se levantara de la cama. Erase un sujeto de 40 años, robusto en apariencia, que contaba entre las relaciones morbosas de familia el habérsele muerto una hermana de tuberculosis. Al proceso agudo de la gripe, para el cual tuvo de quedarse en cama dos ó tres días, subsiguióle un dolor en el lado derecho del pecho, al nivel de la línea axilar; sin darle importancia alguna pasó algunos días, hasta que al fin fuí llamado y pude reconocer la existencia de pleuresía con derrame en la cavidad de la pleura correspondiente, que llegaba en la parte posterior hasta al nivel de la cuarta costilla. Existía aún cierto estado de agudez, denotado por fiebre y dolor á las inspiraciones fuertes. Logré atajar la manifestación local, y después de ello fraguóse proceso semejante en el lado izquierdo, en la parte posterior, el cual originó ligero derrame. Y cuando parecía haberse dominado el nuevo foco pleurítico, sobrevino otro complicado de pneumonitis en el vértice izquierdo. En cada nueva invasión se fraguó algo de derrame pleurítico; pero lo más importante del caso está en que quedaron lesionados los pulmones por dos focos tuberculosos: uno en el último punto, vértice izquierdo, y otro en el segundo, parte posterior del mismo pulmón; quedando libre de tuberculosis el primer sitio atacado de pleuritis, como si hubiese en los otros, al fin de tanto sufrir, disminuído la resistencia del tejido.

De modo que se ve que la gripe produce con frecuencia pleuresías y que indi-

rectamente, por mediación de ellas, abre las puertas á la tuberculosis pulmonar.

¿Existe una forma especial de pleuritis debida á la gripe? Según Morel-Lavallée *(Soc. méd. hop.* de París, 27 Noviembre del 97) la gripe produce una pleuritis bilateral, que evoluciona de la base al vértice por brotes sucesivos y recidivantes, con algunos focos máximos, que en los casos ligeros, son los solos perceptibles á la auscultación. Esta localización evoluciona á veces de una manera latente, sin fiebre, sin obligar al enfermo á ponerse en la cama y dura seis ó siete semanas. De modo que los caracteres que le asigna son los siguientes: 1.° existencia de catarro gripal inicial; 2.° bilateralidad de las lesiones; 3.° apirexia, conservación del apetito y aumento de grasa hasta permaneciendo en cama; 4.° como signos concomitantes de gripe se nota: afonía tardía y maduración precoz del exudado, que toma color amarillo-verdoso en pocas horas como se observa en la influenza y contrariamente á lo que sucede en el resfriado vulgar.

Esta forma de pleuresía gripal puede confundirse con la tuberculosa, pués hasta ahora sólo se ha descrito bajo esta forma de pleuritis seca á la determinada por el bacilo de Koch. Para diferenciarlas hemos de recordar los datos apuntados y analizar los antecedentes patológicos del enfermo.

En la sesión de 20 de Enero de 1899, el mismo Morel-Lavallée sostiene que muchos de los trastornos que se toman como producidos por pleuritis se deben á pleuro-celutitis aguda difusa, es decir á flógosis del tegido celular sub-pleural. Por lo tanto los frotes difusos, los ruídos de ritmo crepitante, los dolores que siguen la dirección de un espacio intercostal, etc., se deben á la exudación morbosa que se ha efectuado en el tegido celular de debajo la pleura.

II.—Vías urinarias

El Dr. Fenwick *(Soc. Médico-quirúrgica* de Londres, 6 Enero 1893) según observaciones recogidas en las últimas epidemias de gripe, considera que la gripe puede afectar los órganos urinarios de tres modos distintos: ya provocando fenómenos morbosos en sujetos sanos de ellos anteriormente, ya despertando afecciones extinguidas, ya recrudeciendo otras existentes.

La forma más frecuente es la *atonía* de la vejiga. Se observa especialmente en enfermos que han presentado durante el curso de la gripe temperatura muy elevada y en aquellos casos en que la vejiga ha estado muy distendida durante el período de estupor propio de la hipertermia.

También ha visto el *catarro* de las porciones prostática y membranosa *de la uretra,* con irradiaciones neurálgicas, en sujetos libres anteriormente de afectos en las vías urinarias. Una particularidad de esta neuralgia, consiste en que los enfermos que la padecen no pueden soportar la trepidación de los carruajes. Como se observa igual, dice Fenwick, en algunas intoxicaciones, es probable que la neuralgia por catarro próstato-membranoso, sea también de origen tóxico.

Entre los desórdenes que en las vías urinarias determina la gripe he de citar la *congestión renal,* con dolor lumbar y hematuria. En estos casos no solo hay el daño en el riñón, sino que existen los síntomas característicos de la gripe en otras vísceras. Diversas observaciones poseo de esta complicación, que no es conveniente referirpor ofrecer todas un cuadro morboso ya conocido. Los distinguidos patólogos franceses Comby, Rendu y Legendre se ocuparon también de ella en 1895 en la *Soc. méd. de los hospitales* de París.

Debe distinguirse este estado de la nefritis gripal, que más abajo describo, pues no sólo los síntomas son distintos, sino porque en general aparece más tarde que dicha perturbación.

La *cistalgia* gripal es una manifestación frecuente de la gripe. Se acompaña de polakiuria, atormenta considerablemente al enfermo, pero cede con el trata-

miento general de la enfermedad y en especial con la antipirina. La he visto más en mugeres que en hombres y nunca la he observado en niños.

A veces puede sospecharse si esta cistalgia depende de *cistitis*, pués en algunos casos es indudable que el cuello vesical está afectado, porque la perturbación en la emisión de la orina, el dolor, etc., se acompañan de hematuria característica y más tarde de orina turbia por llevar bastante mucosidad.

La *nefritis* epitelial aguda, con sus manifestaciones más importantes, albuminuria primero y anasarca después, se observan en el curso de la gripe.

Leyden y Fiessinger llamaron la atención sobre la nefritis gripal. El doctor Peinado, de Granada, en un estudio general sobre la gripe, publicado en la *Gaceta Médica* (29 Febrero de 1892), refiere haber visto algunos casos de este proceso.

Esta nefritis es debida á la infección. Pruébalo una historia clínica referida por Legendre en la *Sociedad médica de los hosp.* de París, en 27 de Mayo de 1892. Un joven de 17 años, robusto, enferma de gripe en Febrero del mismo año y rápidamente ofrece congestión de las dos bases pulmonares. Pronto aparecieron síntomas de pericarditis y en la orina hallóse un gramo de albúmina; la orina dos días más tarde era francamente sanguínea: hematuria, con poliuria, que duró 15 días. Vino derrame pericárdico y á la vez endocarditis con taquicardia y ritmo fetal. El derrame pericárdico desapareció, dejando percibir los frotes de pericarditis. La congestión pulmonar complicóse de pleuresía con derrame.—El 21 de Marzo, al parecer en plena convalecencia, apareció una flebitis en el miembro inferior izquierdo. Sobrevinieron, además, epistaxis, cefalea, vómitos y pequeñez de pulso. El examen de la sangre fué negativo. El día 2 de Abril nueva aparición de fiebre y esputos hemoptoicos. El día 10 de Abril diarrea con cólicos. El 13 angina pultácea. Después mejoró la flebitis y desapareció el edema.

Este caso prueba que sólo la infección puede haber producido tan variada serie de desórdenes viscerales. Si el daño es mayor en una víscera que en las otras y allí se localiza, y esta víscera es el riñón, tenemos explicada la patogenia ú origen de la nefritis que se observa en la gripe.

En *La Médecine moderne* (1892, pág. 359) publicaron los Sres. Lecorché y Talamón un artículo sobre la albuminuria mínima intermitente, consecutiva á nefritis gripal, observada en una joven de 18 años de edad. En este caso la albuminuria era exigua y desaparecía con intermitencias, notándose más cantidad después de las comidas, lo cual demuestra que seguía la ley general.

Son muchas las enfermedades infectivas que producen glomérulo-nefritis, causa de albuminuria: generalmente desaparecen, curan, con la enfermedad; pero sucede otras veces que queda un grupo de glomérulos afectados, cuya resolución inflamatoria no se obtiene, quedando, como dicen dichos señores, una *nefritis parcelar*, causa de albuminuria mínima, de pronóstico grave, como todas las albuminurias.

Con este conocemos otro de los peligros de los múltiples que acarrea la influenza.

III.—Otitis

La inflamación del conducto auditivo externo es frecuente en la gripe; á veces se resuelve, á veces se acompaña de otitis de la caja, y en otros casos puede determinar periostitis mastoidea, que hace necesaria la incisión profunda, hasta dar salida á la exigua cantidad de pus que se ha formado y que es origen de vivísimos sufrimientos. Me he encontrado en estas circunstancias en dos casos, después de haber ofrecido los enfermos los síntomas generales propios de la gripe.

Paso ahora á ocuparme de otra complicación de la gripe, que puede acarrear

desórdenes serios y hasta la muerte, por originar afectos cérebro-meníngeos. Me refiero á la *otitis de la caja.*

En toda epidemia de gripe se ha observado con alarmante frecuencia la inflamación de la caja timpánica, inflamación que termina por supuración. La propagación de la flógosis faríngea por la trompa de Eustaquio á la caja, es la causa de su comienzo. Esta inflamación generalmente es producida por microbios puógenos y, por lo tanto, no extraña tal manera de terminar. Por esto los microbios estafilococos y estreptococos engendradores de pus, se hallan en el análisis microbiológico del líquido evacuado.

Si todas ó casi todas las inflamaciones de la caja timpánica han sido precedidas de faringitis, también sucede lo propio en las de la gripe. En el curso de ésta á veces es insignificante la faringitis, á veces pasa desapercibida, en otras no existe, pero existirá catarro nasal. Un sujeto que sufrió la gripe en Enero de 1890 y de 1891, padeció otitis en ambas ocasiones, que se logró hacerlas terminar por resolución, y no estuvo afecto de la garganta, sino de las cavidades nasales.

El Dr. A. Botey en la *Rev. de cien. méd.*, de Barcelona (núm. 3 de 1890), se ha ocupado de esta enfermedad aguda del oído medio, y hace notar las siguientes circunstancias que la diferencian en algo de las de otro origen:

En algunos casos, la aparición de los primeros síntomas á la rotura del tímpano, es menor de algunas horas ó dos días, que en los otros casos semejantes que vemos diariamente en circunstancias ordinarias. Establecida la perforación, el líquido que sale es mucoso y no purulento. Otro carácter las distingue de las otitis medias escarlatinosas, sarampionosas, diftéricas, variolosas, etc., y es que á pesar de su rapidez en invadir y evolucionar, un tratamiento racional y bien entendido cura pronto el proceso morboso, hasta en una semana ó algo más.

El Dr. Reynier en la *Sociedad de Medicina práctica* de París (16 Enero de 1891), al ocuparse del mismo asunto, hace notar la frecuencia de los siguientes síntomas que distinguen esta inflamación de la ordinaria y que son semejantes á los señalados por el Sr. Botey: 1.° El dolor antes del desgarro de la membrana timpánica es generalmente irresistible.—2.° Durante el período de formación del absceso dicha membrana no ofrece el color bronceado habitual.—3.° El derrame es sero-sanguíneo, pero no purulento.—4.° La membrana del tímpano se restaura con facilidad.

El distinguido especialista Sr. Méniére ha llamado igualmente la atención sobre la rapidez de su curso y proporciones:

A menudo eran atacados á un tiempo los dos oídos y con una violencia casi igual. Dolores vivos, gran flujo de pus, miringitis concomitante con perforación mayor ó menor; dolores neurálgicos bastante agudos en ciertos casos, nulos en otros. Otro hecho le llamó también la atención: la resolución *relativamente* bastante rápida de los síntomas inflamatorios.

El Dr. Méniére tuvo en su clientela 57 casos, de los cuales 28 curaron en un espacio de tiempo que varió entre cuatro y cinco semanas. En 11 sólo un oído estaba afecto; en 17 los dos.

En otros 16 casos la curación tardó tres meses en obtenerse, con exacerbaciones variables: 8 mono-auriculares y 7 bi-auriculares. Por último, en 8 casos la curación tardó más de cuatro meses, y en 5 fué todavía más larga.

En estos 5 enfermos hubo complicaciones serias de periostitis del conducto, con fuertes dolores en la región mastoidea que hicieron pensar varias veces en la necesidad de abrir la mastoides. Y añade Méniére que el estado general de debilidad y la inflamación retro-nasal, fueron sin duda los motivos de la flógosis de la trompa hasta llegar á la caja.

IV.—Meningitis cerebral consecutiva á otitis

Pero no está aquí el peligro de las otitis medias, sino en la meningitis ó encefalitis que pueden producir. No son raras en las otitis medias comunes y tampoco lo son en las gripales. En la epidemia de 1889-90 observé dos casos. El primero recayó en un hombre de 30 años de edad, peón de albañil, quien sufrió una otitis media izquierda supurada en el curso de la gripe, otitis que no fué tratada y que cuando cedieron los dolores, permitió al enfermo volver á sus quehaceres. Un día, al dirigirse al trabajo, sufrió un vértigo y tuvo que apoyarse á una pared para no caerse; vértigo que se repitió varias veces en pocas horas. Recogido en la cama, le asistí á los pocos minutos, y buscando los datos necesarios pude recomponer la historia de la enfermedad y hacer el diagnóstico de meningitis cerebral consecutiva á otitis de la caja derecha. El enfermo murió con el cuadro de síntomas ordinario de meningitis cerebral aguda que no es necesario detallar. El segundo recayó en una mujer de 32 años, de temperamento linfático-nervioso, sumamente debilitada por lactancia prolongada. No queriendo cuidarse una otitis media izquierda, porque después de haber producido la rotura de la membrana timpánica, no la mortificaba, ofreció paulatinamente los síntomas que caracterizan la meningitis cerebral aguda, que duró tres semanas antes no la produjo la muerte.

Sábense perfectamente las vías de comunicación ó las relaciones existentes entre el oído medio y los órganos contenidos en la cavidad craneana. Por ellas generalmente se efectúa la propagación de la enfermedad. Las relaciones son de contigüidad, por la vía vascular y por comunicación nerviosa. 1.° El peñasco está envuelto por un lago venoso intracraneano, formado por los senos de la dura madre, y tiene por periosto del lado de la cavidad craneana, la meninge, y de parte del oído una mucosa, membranas las dos muy inflamables, que se envían emanaciones conectivas á través la capa ósea que las separa. Además, la pared superior de la caja es muy tenue y se halla con frecuencia perforada, en cuyos agujeros suelen existir las granulaciones de Paccioni. De consiguiente, por esta vía puede la inflamación timpánica alcanzar fácilmente el cerebro.—2.° Las venas de la caja comunican con la meníngea media y la prolongación del seno cavernoso; también con el seno petroso superior que recibe, además, la sangre venosa del laberinto por el intermedio de las venas vestibulares. Condiciones son éstas, pues, favorables á la propagación de las lesiones de la caja al sistema venoso encefálico.—3.° Las comunicaciones nerviosas se efectúan por intermedio del nervio acústico, cuyas dos ramas terminan una en el vestíbulo y otra en el órgano de Corti. Sábese experimentalmente que la excitación de los canales semicirculares provoca trastornos de equilibrio, sensaciones vertiginosas y diversos desórdenes motores.

De consiguiente, se comprende que la otitis media puede producir flebitis de los senos, meningitis, meningo-encefalitis, abcesos cerebrales ó cerebelosos. Y difícil sería querer aislar en clínica cada una de las formas anatómicas. Por esto el Dr. Alberto Robin, que se ha ocupado del estudio de las *complicaciones cerebrales de las otitis (La Méd. mod.,* 1892, pág. 809), admite tres formas clínicas de tal complicación: latente ó lenta, repentina y rápida (puede revestir ésta el tipo cerebral ó meningítico, tifódico ó septicémico). Los dos casos que he citado correspondían á la forma lenta.

El mecanismo de la producción de las afecciones cerebrales consecutivas á las otitis es de tres clases. Por *continuidad:* se observa que el absceso del lóbulo esfenoidal, por ejemplo, se abre en la dura madre, y comunica mediante perforación de ella con una solución de continuidad de la bóveda de la caja. En este caso créese que el pus del oído medio ha pasado al encéfalo.—Por *contigüidad:* el hueso de la bóveda de la caja está afecto, por contigüidad irrita á la dura ma-

dre, ésta produce aracnoiditis, flebitis de los senos ó inflamación del encéfalo. Este mecanismo explica el modo como se fraguan desórdenes cerebrales en caso de otitis, estando intacta la dura madre.—Por *propagación á distancia.* Es difícil explicar la patogenia en los casos que la lesión cerebral está separada del foco de origen por una capa de tejido sano. La irritación de Budd, la propagación por los *tractus* celulares y los vasos de Urbantschisth y las inflamaciones llamadas reflejas por Brown Sequard, no explican suficientemente el hecho; por esto fundó Lowenberg su teoría microbiana, defendida por Zaufal y Loring, según la cual los microbios abundantes en la secreción auricular, serían transportados por las células migratrices á través de los espacios linfáticos hasta la substancia cerebral, en donde se detendrían para desarrollar su acción nociva.

V.—Accidentes oculares

El Sr. Gillet de Grandmont considera en la gripe tres períodos, por lo que tiene relación con los accidentes oculares: nerviosos, congestivos y de decaimiento orgánico.

A cada uno de ellos corresponden trastornos oculares distintos.

En el primero están los músculos motores del ojo doloridos, de modo que el enfermo prefiere cerrar los párpados antes que fatigarlos y moverlos. Durante el período congestivo ve el enfermo fosfenos y chispas brillantes debidos á cuerpos fosfo-margáricos y á diversos trastornos circulatorios retinianos; en la congestión excesiva ha observado hialoiditis con cuerpos flotantes y hasta hemorragias miliares de la retina y de la coroides. En este período las afecciones de la córnea ó del iris antiguas adquieren nueva agudez. En el período de debilidad orgánica sobrevienen desórdenes que espantan al enfermo; por ejemplo: un individuo hipermétrope, pero que hasta entonces había conservado la fuerza normal de visión por la potencia de acomodación ocular, pierde de momento la visión á causa de la debilidad de los músculos acomodadores. Otros sujetos llegados á la edad de la presbicia, pero que gracias á los músculos acomodadores disimulaban aún su edad sin necesitar lentes, se ven precisados á emplearlos después de la gripe.

Los trastornos circulatorios retinianos debidos á la gripe son frecuentes, y según ha demostrado Galezowski, ofrecen los siguientes caracteres. Algunas arterias de la pupila ofrecen estrechez considerable, las cuales llegan á hacerse invisibles, sin que se forme exudado alguno á su alrededor y las venas, al contrario, están dilatadas. Estos fenómenos se presentan con síntomas de obscurecimiento brusco de la vista que aparece por el menor esfuerzo visual; la vista se altera de modo que durante 10 ó 15 minutos el enfermo no ve nada; después reaparece la visión completamente.—Otras veces tiene el enfermo como una niebla verde ó azul, ó bien una bola roja, delante de los ojos.—Si este espasmo dura algunos días, puede producirse sufusión al rededor de los vasos.

El Dr. König ha estudiado las complicaciones oculares de la gripe, partiendo de la división de Rampoldi en trastornos *inflamatorios* y *nerviosos*. Entre los inflamatorios coloca la queratitis dendrítica, la tenotitis, la irido é irido-coroiditis purulenta y la neuritis retro-bulbar. Entre las manifestaciones de la forma nerviosa se han visto dolores en los bulbos al menor movimiento (olfalmodinias), parálisis de la acomodación, blefarospasmo, oftalmoplegia, etc.

Predominan por su gravedad los trastornos de origen circulatorio, ya recaigan en el nervio óptico (neuritis retro-bulbar, descrita por Parinaud) que también puede observarse en el curso de la erisipela de la cara; perineuritis óptica (según Despagnet), retinitis hemorrágica y periarteritis obliterante (Galezowski) *(Sóc. d' ophalmologie* de París, Abril, 1895).

VI.—Aparato circulatorio.—Corazón.—Vasos sanguíneos

Muchos casos de *arteritis* se han observado en la gripe, determinando distintos síntomas según la arteria afectada. Ya Guttmaan y Leyden hicieron sobre esta complicación, á raíz de la epidemia de 1889-90, un importante estudio; relataron 8 observaciones, de las cuales recayeron cinco en la poplítea, una en la femoral, una en la humeral y la otra en una arteria de la base del cráneo.—En un enfermo asistido por el Dr. Cœur de Orleans (1895) sobrevino arteritis con trombosis y afasia el 8.º día de enfermedad y arteritis, con gangrena consecutiva en una pierna, el día 26; en esta observación ya faltaba el pulso durante algunos días en la arteria femoral, sin que existiese daño en el corazón, lo que hacía presumir, como la autopsia confirmó, que la atresia vascular por arteritis era más extensa de lo que aparentaba la necrobiosis.

Rendu expuso en la *Soc. méd. de los hospit. de París* (15 de Enero de 1892), la observación clínica de gangrena de los miembros inferiores en el curso de bronco-pneumonía gripal. Trátase de una mujer de 30 años que entró en el hospital con síntomas tan graves de bronco-pneumonia, que creyó el autor la conducirían pronto á la muerte; salvóse de momento el peligro con inyecciones de éter y cafeína; cuándo parecía restablecerse, quejóse de dolores más vivos en los miembros inferiores; á lo cual se unieron edema, manchas equimóticas y frialdad cutánea, lo cual atribuyó enseguida Rendu á obliteración arterial, como así quedó confirmado, pues sobrevino gangrena con surco eliminatorio por encima la pantorrilla, que ocasionó la muerte de la enferma. La autopsia mostró los pulmones en vía de curación y un coágulo en la bifurcación de la aorta que llegaba hasta el arranque de las femorales. No existía endo-arteritis; sólo notóse que el coágulo contenía pneumococos.

Este hecho está en desacuerdo de lo que se observa en la gangrena consecutiva á enfermedades infecciosas: esto es, que la lesión empieza por la arteria. Aquí empezó por la sangre.

Al lado de esta gangrena, aunque por coagulación sanguínea de origen pneumocócico, debido á la infección gripal, débese colocar la *flebitis* observada por Troisier (misma Sociedad, 18 Marzo 1892), en el miembro inferior izquierdo, sobrevenida en plena convalecencia, á una mujer de 34 años, que en el curso de la gripe había tenido bronquitis y otitis. La flebitis acompañóse de nueva exacerbación febril, produjo dolor en el trayecto de las venas profundas y tumefacción edematosa. La fiebre desapareció á los 8 días, los dolores á los 15 y el edema tardó mucho más. El autor pregunta que siendo dicha flebitis, como indudablemente es, de naturaleza microbiana, si depende del microbio de la gripe ó si es infección secundaria (estreptocócica). En la misma Sociedad (25 Marzo) relató Rendu otros tres casos de flebitis y dos el doctor Bucquoy. Marcopoulos, de Cefalonia, publicó uno en *La Médecine moderne,* 1894, pág. 1093.

Una observación de trombosis vascular en el curso de la gripe, ha sido referida por el profesor Leyden en la *Soc. de Med. interna de Berlín,* sesión de 4 Abril de 1892: recayó en la arteria braquial izquierda. Despertó un día al enfermo una sensación de adormecimiento en la mano correspondiente, mano que se puso hinchada y cianótica. Faltaba el pulso radial en el tercio inferior y la arteria braquial estaba dura como un cordón. Dicho enfermo había tenido un ataque de influenza cosa de quince días antes, y atribuye Leyden á ella la aparición de la trombosis, complicación tardía de la gripe, semejante á la de las enfermedades infecciosas agudas, entre ellas la fiebre tifoidea.

Y concluye sentando tan sabio clínico que todas las complicaciones que acompañan las enfermedades infecciosas agudas son posibles en la gripe.

Otros casos de desórdenes circulatorios locales se han visto ocasionados por la gripe, y alguno de ellos terminado de mala manera. Los Sres. Morlat y Rogier vieron sucumbir á una joven clorótica de 18 años con gangrena de los extremos inferiores; el Dr. Roland cita la observación de un hombre robusto, que después de haber sufrido la gripe tuvo gangrena en la mano derecha, después en el pie del mismo lado, de cuyos desórdenes sucumbió (*Bulletin médical;* 1893, págs. 20 y 486). Sólo he visto en el curso de la gripe un proceso vascular agudo que diagnostiqué de piloflebitis y, conmigo, uno de los primeros clínicos españoles. Recaía en una señora de 40 años (M. A. de C.), neurósica y reumática, que tuvo la gripe de forma abdominal en 1890; ya llegado el período de disminución de la enfermedad y próxima, al parecer, la convalecencia, sintió un dolor expontáneo, vivo á veces, sordo las más, pero que aumentaba á la presión hecha entre el hipocondrio derecho y el ombligo, el cual, con los fenómenos que se sucedieron, hicieron sentar el diagnóstico de inflamación con obstrucción de la vena porta. Los medios internos empleados, los tópicos anodinos y revulsivos, no surtieron efecto, y apareció la ascitis rápidamente, que si bien cedió algunos días con la paracentesis, volvió á fraguarse con proporciones intensísimas; por sobrevenir rápido colapso no pudo practicarse nueva evacuación.

También se ha observado *pericarditis* y lo que es más grave, supurada, con presencia de micro-organismos en el exudado, cuyos caracteres eran los del bacilo de Pfeiffer, y, además, estafilococos. Tal es la observación del ruso Gueguerstedt (1895), en cuyo enfermo á más de la pericarditis indicada, existía pneumonía lobar y pleuresía izquierda.

Creemos que la infección gripal puede perturbar el *sistema linfático*. En efecto, durante epidemias de gripe hemos observado tanto en adultos como en niños, adenitis diversas de intensidad considerable, con dolor, rubefacción é imposibilitación del miembro correspondiente; adenitis todas terminadas por resolución á beneficio del tratamiento interno. Uno de los casos más notables que merecen citarse, recaía en un joven de 23 años, quien, después de haber sufrido el período primero, febril, de la gripe, ofreció adenitis axilar derecha; cedió ésta, y después, cuando parecía entrar en convalecencia, sufrió bronco-pneumonia gripal, típica, que también terminó favorablemente. De modo que en este caso la gripe ofreció tres etapas en su evolución: 1.° febril ó general, 2.° linfática y 3.° pulmonar.

VII.—Diabetes

Antes de pasar adelante debo ocuparme de la influencia que para algunos autores tiene la *gripe en el curso de la diabetes*. El Sr. Fereol opinó que la gripe no precipitaba los diabéticos á una terminación fatal; á esta opinión debe añadirse la de Teissier que en el Congreso francés para el progreso de las ciencias (Limoges, 1890), refiere haber visto la desaparición del azúcar urinario durante la convalecencia de la gripe, hecho que atribuye á la persistente temperatura que sufrieron largo tiempo sus enfermos.

Respecto á este punto, puedo decir que á últimos de 1889 asistí á un caballero, que por la impresión subsiguiente al peligro de naufragio que experimentó en el Canal de la Mancha, se volvió diabético; debido á lo cual, siendo bastante obeso, enflaqueció considerablemente. Sufrió la gripe á últimos del año mentado y comienzos del 1890, gripe larga, de forma reumatoidea al principio, y que después acompañóse de infección de forma tífica.

Al entrar en convalecencia vióse que habían desaparecido los síntomas diabéticos y que en la orina no existía azúcar. Después de varias oscilaciones en la presencia de la glucosa en la orina, sin dejar empero el tratamiento adecuado, no la ofrece actualmente. Pero pregunto: ¿influyó en ello la gripe? ¿Fué un hecho de coincidencia?

El químico Sr. Gautrelet ha señalado, sin embargo, la mayor frecuencia de la terminación por coma en los diabéticos, durante la epidemia que se desarrolló en Europa en los años de 1889-90. Explica el coma por la hiperacidez general, hiperacidez que dificulta la combustión de la glucosa, y, por lo tanto, se transforma entonces fácilmente en ácido oxibutírico que determina dicho trastorno mortal.

VIII.—La gripe y la tuberculosis

En la epidemia de 1889-90, observóse que murieron muchos tuberculosos, pues la gripe fué fatal para ellos y para los individuos enfermos del corazón.

Este hecho es innegable y es fácil de comprender el por qué.

Observóse también, pasada la epidemia, que muchos individuos terminaron siendo tuberculosos.

Ya Clarke, ocupándose de la epidemia de 1832, manifestó que fué para muchos el punto de partida de la tuberculosis. Fournet hace igual observación respecto la de 1837. Y Brochin y Grisolle también dijeron que la tisis se desarrolla por influencia de la gripe. Entre los autores modernos vemos á Herard sostener igual opinión.

Esta conclusión no tiene nada de extraña, dada la debilitación general y postración nerviosa que de la gripe resultan.

Con todo, es preciso practicar un detenido estudio bacterioscópico, pués según se desprende de las observaciones de Kramer, puede la gripe de forma pulmonar sostenerse bajo el estado crónico y simular la tuberculosis. Conocida la naturaleza del mal el pronóstico varía.

Además, en caso de no poder practicar el análisis bacterioscópico, no debemos enseguida formular el diagnóstico fatal de tuberculosis, pués hay casos en que, sin llegar á la forma crónica, la bronquitis sub-aguda con densificación del pulmón, de la cual he hecho la historia, puede hacer pensar en la pneumofimia; pero se observa que siguiendo un tratamiento adecuado, se logra curación segura y definitiva.

El Dr. Compaired, de Madrid, envió varias notas sobre este tema al comité de la *Obra de la tuberculosis*, de París, con las cuales redactó un artículo inserto en el *Siglo Médico* (1891, pág. 259). Refiere varias observaciones. Un joven y robusto pastor de toros, sin ningún antecedente hereditario morboso, sufrió la gripe, la cual le dejó tan depauperado que abrió campo al desarrollo de la tuberculosis pulmonar que se agravó bien presto; y la de otro pastor de toros cuya tuberculosis del pulmón no fué tan rápida é invasora. Una niña de cuatro años que falleció de meningitis tuberculosa post-gripal; un niño de ocho años, hermano de la anterior con otitis purulenta tuberculosa, según demostró la presencia del bacilo de Koch; en la familia de estos enfermitos no había antecedentes tuberculosos. Una mujer casada, escrofulosa en su niñez, que presentó tuberculosis pulmonar doble. Refiere además la observación de un tuberculoso pulmonar, que sufrió la gripe y murió de enteritis, probablemente tuberculosa, á los 23 días de enfermar de la gripe. Y, finalmente, un sujeto que padecía hacía seis años una artritis tuberculosa de la rodilla derecha, se agravó de tal manera con la gripe, que obligó á practicar la amputación del miembro enfermo.

Entre unos 400 individuos enfermos de gripe que asistí en las epidemias de 1889-90 y 1891, sólo observé diez que terminaron tuberculosos; cuento los dos enfermos de pleuritis post-gripal que murieron al fin de pneumofimia.

La forma de la gripe fué pulmonar en todos, excepto en un niño que fué intestinal y ella marcó la localización tuberculosa.

No creo haya dudas en la relación existente entre la primera enfermedad y la segunda: la gripe prepara el terreno á la tuberculosis disminuyendo la resis-

tencia orgánica y favoreciendo su presentación y desarrollo. El proceso íntimo mediante el cual estos hechos se efectúan, es cosa que actualmente desconocemos.

Los ocho casos no descritos se descomponen así: 1.°, joven de 20 años: gripe bronquial; tuberculosis en los vértices.—2.°, niño de 6 años: bronquitis gripal que terminó tuberculizando el pulmón y encéfalo.—3.°, mujer de 30 años: tisis pulmonar é intestinal, desórdenes cardíacos.—4.°, muchacha de 5 años: tuberculosis pulmonar.—5.°, muchacha de 22 años: tuberculosis de los pulmones con frecuentes y abundantes hemoptisis, probablemente debidas á la rotura de pequeños aneurismas de las cavernas.—6.°, joven de 27 años: tuberculosis pulmonar, complicada de endocarditis.—7.°, niña de 5 años: á consecuencia de gripe abdominal, sobrevino tuberculosis intestinal y de los ganglios mesentéricos. —8.°, mujer de 46 años: tuberculosis pulmonar.

La terminación en todos fué la muerte en plazo más ó menos largo, como en los tuberculosos observamos. En cinco había antecedentes de tuberculosis; pero en los restantes no pudieron hallarse.

IX.—Desórdenes mentales

Ladame, de Génova, en 1890 decía, relativo á las psicosis de la *influenza*, ante la Sociedad de Medicina de Génova, lo siguiente:

«Desechada actualmente la doctrina antigua (Berthier, Esquirol) que distinguía la alienación mental de los delirios febriles, se estudian hoy dos especies de estas psicosis: *psicosis febriles* propiamente dichas, que aparecen durante la fiebre, y *psicosis de la convalecencia*. A estas últimas se refiere únicamente este trabajo.

»En un gran número de enfermos se ha observado el insomnio durante la convalecencia de la *gripe*. Este es el primer grado de locura, y los que lo han reconocido habrán visto que se acompaña de un estado de depresión psíquica, de indiferencia, de hipocondría. Esta situación de los enfermos los hace desconfiados é impertinentes para las personas que los rodean, que no atribuyen al trastorno mental la conducta del paciente. El mismo protestaría de que se le creyera loco. No obstante, es oportuna la intervención del médico. Ladame ha observado dos casos de esta índole.

»Tratábase en el primero de una mujer de 40 años, de antecedentes neuropáticos, que fué atacada de gripe en Diciembre del 89. Después del cortejo sintomático de esta afección, presentó los caracteres de una melancolía consecutiva á prolongados insomnios. Indiferente á todo lo que la rodeaba, rechazando el afecto de su marido y de su hijo único, se negaba á tomar alimentos y aseguraba su próxima muerte. Se debilitó con rapidez; hizo venir á su notario y dictó su testamento. Este estado, que presentó repetidos accesos de exacerbación, duró cerca de dos meses. La convalecencia se presentó y progresó rápidamente.

»El segundo es el de un hombre de más edad, que ofreció un cuadro completo de hipocondría durante la convalecencia de su gripe. Se quejaba sin cesar de todas las enfermedades: se creía ciego, imbécil, tenía accesos de desesperación, se creía afectado de una enfermedad de la médula. Con la marcha aumentaban los síntomas y tenía que sentarse.

»Al lado de éstas se ven otras formas depresivas de psicosis, de las que se han registrado casos.

»La melancolía puede arrastrar al suicidio. He aquí un ejemplo aportado por M. E. Martín:

»Se trataba de un hombre de 45 años, obeso y que había padecido eczema. Tuvo *influenza* en Diciembre, y, curado aparentemente, se suicidó en Febrero, cortándose la carótida. Se pudo acreditar que desde el ataque de gripe hasta la

fecha del suicidio había estado melancólico y que había intentado quitarse varias veces la vida. Tenía antecedentes hereditarios.»

También conduce al homicidio. Un joven de buena conducta, aunque algo hipocondríaco, fué atacado de gripe contemporáneamente con una hermanita, que murió de dicha enfermedad, muerte que le afectó profundamente. Quedóse en casa con su madre y una noche la mató. Preso enseguida observóse que había olvidado el hecho, y de consiguiente se le hizo irresponsable dado el estado de enajenación mental.

»Respecto á un segundo grupo, el de las psicosis asténicas, son muy semejantes á las que se presentan en la convalecencia de otras enfermedades agudas: viruela, neumonia, fiebre puerperal. Todas estas numerosas formas tienen por carácter común la debilidad de las facultades mentales, que se acompaña, sobre todo al principio, de fenómenos de excitación cerebral principalmente sensoriales. Los enfermos de este género presentan cuadros variados de trastornos psíquicos, cuya gravedad está en relación con multitud de causas, entre las cuales la herencia desempeña el principal papel.

»Asimismo puede ocasionar la *influenza* las formas más distintas de alienación mental: ya es un caso de *delirium tremens*, que estalla en un alcohólico, ya un acceso de manía aguda. La parálisis general, latente hasta entonces, aparece después de la gripe. Otros son ejemplos de manía típica.

»La conclusión general que se puede deducir de todos estos casos, es la de que la *influenza* no basta para provocar la locura. Cuando ésta aparece después de aquélla, siempre se hallan causas predisponentes.

»El pronóstico de las psicosis post-gripales es generalmente favorable. Depende de su naturaleza y de las circunstancias individuales. Las que dependen directamentte de la *influenza* desaparecen más ó menos pronto. En el diagnóstico ha de basarse el pronóstico.»

De otra parte las conclusiones que en un trabajo sobre el mismo motivo dan los Sres. Leledy y Savage, son: 1.º La influenza como otras afecciones febriles, puede producir psicopatías.—2.º Puede aparecer la alienación á diferente época del ataque.—3.º Puede producir todas las formas de alienación.—4.º No existen síntomas propios á la influenza.—5.º El papel de la influenza en la determinación de la alienación es muy variable.—6.º Puede ser una causa predisponente ó adyuvante.—7.º En todos los casos hay una predisposición hereditaria ó adquirida.—8.º La alienación es el resultado de una alteración nutriva del cerebro producida, quizás, por productos tóxicos.—9.º El principio de los accidentes es con frecuencia brusco y no está en relación con el grado de intensidad del ataque gripal.—10. La curabilidad depende más de condiciones generales que de condiciones especiales.—11. Los alienados están menos expuestos á padecer la influenza que los sujetos sanos.—12. Raras veces la influenza ha curado la psicosis.—13. Los alienados pueden presentar remisiones mentales durante un ataque de gripe.—14. Las indicaciones son las comunes; no hay tratamiento especial.—15. Puede conducir á crímenes y por lo tanto á informaciones médico-legales.

X.—La gripe y el sistema nervioso

Se perturba el sistema nervioso central y periférico y del central lo mismo la médula que el encéfalo. Ya he referido la parálisis del velo del paladar y al hablar de las formas pulmonares y cardíacas, tanto comunes como anómalas, he mentado la acción tóxica de la gripe sobre el bulbo y nervio vago; en el estudio de la orina de los griposos he referido los estudios de Semmola relativos á la acción de ella sobre el vago y en las afecciones oculares he citado las perturbaciones que sobrevienen ya por influencia nervo-motora ya nervo-sensitiva.

Y no menciono las meningo-encefalitis consecutivas á inflamaciones de la caja, porque no representan localización directa de la gripe.

Se han visto numerosas neuralgias á continuación de la gripe.

Estas afecciones en algún caso han determinado trastornos de importancia. Así Joffroy en la *Soc. méd. hosp.* de París (28 de Marzo de 1890) ha descrito una neuralgia cérvico-braquial con atrofia muscular. Empezó primero el dolor, la neuralgia, en el plexo cérvico-braquial y después siguió la atrofia muscular, hecho que prueba la *neuritis*. Esta neuritis cree que puede ser igual á la observada en las enfermedades infecciosas ó bien producida por algún foco de meningitis que irrite las raíces nerviosas. Esta hipótesis le parece más probable en cuanto ha visto en autopsias de griposos muertos á consecuencia de pneumonia, placas limitadas de meningitis cerebral.

Entre los diversos trastornos nerviosos de forma paralítica observados al finir la gripe, se citan varios localizados en nervios los más diversos. Ya Vigla en 1837 obsérvó paraplegias de origen medular aparecidas en el curso de la gripe. El laringólogo Dr. Koch háse ocupado de las manifestaciones laringo-faríngeas de la gripe, y á propósito de ellas menciona infinidad de hechos de esta naturaleza. El médico ruso señor Kleczkowshi ha visto un niño de 7 años que á los ocho días de sufrir una gripe ligera y de haber salido á la calle en tiempo húmedo, tuvo dolores muy fuertes en la parte posterior de la cabeza y en los oidos y fiebre. Calmóse ese estado al cabo de varios días y quedóse sin poderse levantar de la cama, ni sostenerse en pie; nada ofrecían de particular la columna vertebral ni las piernas; nada de atrofia muscular ni perturbación en los reflejos. A los 7 meses continúa parésico de los músculos inferiores; sentado mueve las piernas, pero no puede levantarse y el autor opina que no se debe esta enfermedad á ninguna lesión orgánica. Bilhaut (1890) ha descrito varias formas de perturbaciones nerviosas: en un enfermo observó epilepsía simple, en otro epilepsía espinal con parálisis vesical durante ocho días, que cedió al calmarse dolores lumbares coetáneos; otro enfermo sucumbió á ataques de epilepsía general; varios individuos se volvieron neurasténicos, y algunas mujeres que hacía años habían sufrido histeria, volvieron á presentarla una vez curada la gripe. Berthiot cita una paraplegia absoluta, sin anestesia, que duró treinta y seis horas. Lacaille ha visto una paraplegia persistente y rebelde á los tratamientos empleados. Lavernot hemiplegia en una mujer de 54 años y en un jóven de 22; á pesar de la diferencia de edad, en ambos fué persistente. Los médicos militares franceses señores Trouillet y Vallet, presentaron en 1894 á la *Soc. de Med.* de Grenoble un caso curioso de neuritis del plexo braquial derecho que interesó á todos los nervios en grado diferente y produjo fenómenos tróficos de suma gravedad, característicos de esta neuritis, y que, si bien disminuyeron, no se logró su resolución á pesar de la electricidad y el masage.

El Dr. A. Martín, refirió (4 Octubre, 1893), á la *Sociedad de Med. y Cir. prácticas*, de París, un caso de gripe con agitación maníaca, terminada por la muerte, en un soldado de buena constitución y sin antecedentes nerviosos; la autopsia demostró la existencia de congestión cerebral generalizada, la cual atribuye á infección grave, con localización nerviosa intensa.

Las afecciones cerebrales orgánicas consecutivas á la gripe son raras comparadas á los simples trastornos funcionales del sistema nervioso, y lo son mucho más si se separa la inflamación del encéfalo y sus membranas consecutiva á afecciones vecinas. Encuéntranse pocos datos en las colecciones médicas. En los anales de Thomson se relata que en la epidemia de 1836-37 se observaron casos de mielitis y de apoplegía con afasia. Erlenmeyer refiere un caso observado en 1889, que debía ser producido por hemorragia cerebral. Lichtenstern relata varios casos de mono y hemiplegia con el calificativo de *influenza apoplectiforme;* la autopsia practicada en un caso de nueve que fueron mortales, demostró la existencia de chapas de reblandecimiento, infiltración hemorrágica de las meninges al nivel de la convexidad y señales de exudado purulento;

admite, de ello el autor, obstrucción embólica de los capilares por los gérmenes de la influenza. Leyden ha referido casos de coma y de rigidez de la nuca; Eichhorst un caso de monoparesia seguido de afasia; Revillod el reblandecimiento del lóbulo derecho del cerebelo; Arzel, Huysmann y Maillard la meningitis supurada; Flüger y Guttmam oftalmoplegias debidas á afecciones encefálicas.

Una enferma de Furbringer, sirvienta, de 27 años de edad, fué atacada de abatimiento, de anorexia sin fiebre, cefalalgia y fenómenos que demostraban la localización cerebral: anestesia y parálisis del lado derecho, convulsiones en los músculos de la cara y extremidades. Después de dos días de fiebre viva, murió en el coma. La autopsia demuestra la existencia de focos de bronco-pneumonia, aumento de volumen del bazo, hemorragias en el mesenterio y en la mucosa del intestino; trombosis del seno longitudinal y de las gruesas venas de la pía-madre, focos hemorrágicos en los lóbulos cerebrales al nivel de las circunvoluciones centrales, que interesaban la substancia blanca y gris. El segundo caso era quizá más típico: en la autopsia hallóse encefalitis hemorrágica; el enfermo ya entró en el hospital con coma, por lo cual el diagnóstico sólo se hizo de meningitis.—Cree que en ambos existían embolias capilares, con focos puntiformes hemorrágicos, los cuales no son raros en la gripe, que se distingue por producir alteraciones en la sangre y los vasos, según Baümler.

En otros dos casos del mismo autor sobrevino meningitis supurada que se hizo mortal, encontrándose en la autopsia leptomeningitis con pus á lo largo de los vasos.

Además refiere otros dos casos que, empezando con los síntomas habituales de la gripe, ofrecieron después diversos síntomas nerviosos; dolores frontales y occipitales, trastornos pupilares, rigidez de la nuca. Estos síntomas, tal vez sean debidos á histerismo, pues la gripe á semejanza de otras infecciones, tiene el poder de determinar su explosión.

Y á propósito de esto, mentaré la observación relatada por Duhomme en la *Soc. de Med.* de París, 1890, 12 Febrero, de una mujer antigua histérica, que hacía 20 años no había sufrido ningun ataque y que reapareciόle á causa de la gripe. También el Dr. Avendaño en la *Gac. méd. de Lima* (Septiembre de 1892), refiere la observación de una joven de 25 años, casada, afecta de gran histeria, cuyo ataque de gripe empezó por síntomas convulsivos, histéricos y fenómenos catarrales en las vías lagrimales y respiratorias. Siendo alta la temperatura y favorecida por el trastorno cerebral, causa de las convulsiones, presentóse más tarde intensa congestión encefálica que sólo cedió á las inyecciones de ergotina de Tanret.

La infección gripal, como todas lasotras conocidas (Marie), engendra *esclerosis en chapas* como han visto en un niño Massalongo y Silvestri y en un adulto Rendu, con todos los síntomas característicos: temblor intencional, embarazo en la emisión de la palabra, paraplegia espasmódica, exageración de los reflejos, atrofia pupilar, etc., etc.

Notable es el caso que de *mielitis gripal* citaron los señores Deroye y Gallois (de la Côte d' Or) en 1894, que recaía en un sujeto que después de haber sufrido una forma de gripe común, ofreció, sin raquialgia, síntomas parésicos de los miembros inferiores que progresaron rápidamente hasta manifestarse en forma de parálisis ascendente; en términos que el enfermo murió con síntomos paralíticos de origen bulbar. Apostoli y Planet *(Revue de Méd.*, 10 Julio, 98) relataron un notable caso de mielitis gripal que recaía en un sacerdote curado á beneficio de la electricidad.

En Febrero de 1896 tuve ocasión de observar el siguiente caso que diagnostiqué de *hematomielia* gripal, estando conforme en dicho diagnóstico el doctor Martinez Vargas. Una mujer de 54 años de edad, padeció gripe de forma bronquial. No cuidó al principio la enfermedad; pero al último se puso en cama, sin que, no obstante, ofreciera fiebre alta ni síntomas graves bronco-pulmonares. Sin

purgantes, sin señales de enteritis, etc., presentó abundante enterorragia durante dos días, que se combatió con agua de Rabel y ergotina. Calmada esta hemorragia y no habiendo otro desórden, pués la fiebre era insignificante y los trastornos del aparato respiratorio sin importancia, en términos que parecía poder esperarse una franca convalecencia, de súbito queda la enferma parapléjica, y á las veinticuatro horas paralizada de los cuatro miembros, parálisis que se extendió al bulbo (y quien sabe si fué primitiva en este punto) para dar lugar á desórdenes cardíacos de forma paralítica, causa determinante de la muerte.

Diversos *desórdenes sensitivos* son frecuentes en el curso de la gripe y más cuando ya ceden los síntomas agudos. Muchos, muchísimos enfermos se quejan de sensaciones criestésicas, ya en los piés, apesar de tenerlos abrigados, ya en la nuca, con todo y tener rodeado el cuello de pañuelos de lana, etc.; y á veces la criestesia localizada precede á la exacerbación febril de los diferentes recargos que en la gripe suelen observarse.

A veces hay hiperestesia cutánea, como sienten los enfermos al contactar un muslo con el otro; no pudiendo sufrir el peso de los abrigos de la cama; no pudiendo mantenerse en una posición más de 10 minutos; etc.

Supongo que esta perturbación es de origen central, pues algún enfermo se queja á la vez de fuerte lumbago, ya habiendo desaparecido los síntomas generales, ó cuando menos persiste aún la cefalalgia. En un caso, hombre de 50 años, el dolor estaba localizado alrededor de la garganta de ambos piés, y en otro, joven de 24, en ambas regiones plantares, bajo la forma de tirantez insoportable de los dedos.

XI.—La gripe en el embarazo y puerperio

Al estudiar la forma que la gripe puede revestir en la mujer y al ocuparme del síntoma hemorragia, he mencionado las complicaciones metrorrágicas y otros desórdenes sexuales frecuentes en ella.

El catedrático de Madrid Dr. Cortejanera, en la discusión suscitada á propósito de la gripe en la *Real Academia de Medicina de Madrid*, se ocupó de la influencia de esta enfermedad en el estado puerperal; la influenza excitó en dos casos el parto prematuro «sin haber entrado en la segunda quincena del noveno mes, y á consecuencia de ligera invasión caracterizada por fiebre que terminó bien pronto». En el puerperio también algunas padecieron la gripe y cita el caso de una señora que habiendo parido, tuvo la gripe del 29 al 31 de Diciembre de 1889; el día 3 de Enero volvió la fiebre y el 4 apareciόle la viruela. (1)

Concluye de sus observaciones expresando las siguientes ideas: «De manera que en estos casos se da la rareza de que unas puérperas son afectadas de la *gripe* y no sucede, como era de esperar, que el puerperio se haya influido por la otra enfermedad intercurrente, sino que ha seguido un curso normal; por lo tanto, hay que suponer que la infección de la *gripe* es diferente de la infección puerperal, sin que nadie pueda explicar esta diferencia que la observación de estos casos descubre claramente.»

La conclusión del Dr. Cortejarena expresa sucintamente lo que en esta dolencia ofrecen las puérperas. No hay duda que provoca el aborto y excita el parto prematuro, como ya Peu dijo en 1675, más tarde confirmó Jacquemier y después en la epidemia última han visto numerosísimos médicos.

El Dr. Labadie-Lagrave, médico de la Maternidad de París, ha historiado

(1) Cabe preguntar. ¿La primera manifestación febril era prodrómica de la viruela? ¿No sabemos que esta enfermedad suele antes de la erupción ofrecer un período de horas y á veces de un día ó dos de verdadera apirexia?

en *La Médecine moderne* (números 7 y 8 de 1892) los casos de gripe vistos en dicho establecimiento, y refiere los accidentes supurativos y septicémicos y las complicaciones viscerales (bronquitis, pneumonías, bronco-pneumonias, etcétera) que ella produce.

Algunos autores atribuyen á la gripe acción muy indirecta en la génesis de estos procesos, en tanto que se había creído el aborto consecutivo á las sacudidas de la tos (Jacquemier). Hayem creyó el aborto debido á la hipertermia por la influencia que ejerce el calor en la vitalidad del feto. Pero la tos no debe influir cuando se ha visto abortar mujeres con gripe que no les producía tos (Labadie-Lagrave; más adelante citaré una observación propia) y también embarazadas afectas de gripe que tosiendo considerablemente no abortaron (Grisolle y un caso que he citado á propósito de la forma bronco-pulmonar). La temperatura no influirá tampoco, pues se ha visto el aborto en gripes con 39° y 39°5, y según los experimentos de Karninski, la temperatura debe haber pasado de los 40° para que el calor de la madre influya en la vitalidad del feto.

Labadie-Lagrave recurre para explicarlo á la tendencia á producir congestiones que en la gripe se observa, debidas á la acción que ejerce sobre el sistema vaso-motor; á ellas atribuye Baümler la tendencia á hemorragias en general y á las metrorragias en particular. A esta congestión debe añadirse la que la preñez produce en diferentes vísceras.

Pero la congestión por sí sola no explica los fenómenos supurativos y septicémicos, sino que debe recurrirse á la *infección*. Existe endometritis y ésta influye notablemente provocando el aborto; no es la congestión tubo-ovárica contada entre las causas por algunos, pues Gottschalk ha visto metrorragias en una señora afecta de gripe, que había sufrido un año antes la extirpación de las trompas; así esta hemorragia dependió de la endometritis afecto de la infección. Y la misma infección produce los trastornos del pulmón, riñón, etc., tan comunmente observados en los griposos y por lo tanto también en las puérperas.

¿De qué clase de infección se trata? ¿Primitiva, producida por el mismo microbio de la gripe ó su toxina, ó secundaria, determinada por estreptococos, pneumococos, etc.? El aborto se ha producido en el segundo día de la gripe (Gottschalk, Petit y el que pronto citaré) de modo que es difícil admitir una infección secundaria.

Las supuraciones, sí, pueden atribuirse á una infección añadida á la gripal, sea por el pneumococo, estafilococo ó estreptococo.

La dificultad mayor está en poder dilucidar el diagnóstico, en saber si una mujer que ofrece fiebre, quebrantamiento, etc., y aborta al cabo de ocho ó nueve días y después ofrece fenómenos generales de infección, tiene desde el principio la gripe y ésta ha originado el aborto; ó si era el comienzo de una infección puerperal que obró de tal manera.

Pero si tales hechos se efectúan en época de epidemia ya se ofrece más claro el diagnóstico, y tanto más si los vemos repetidos, pues los casos de infección puerperal son raros en buenas condiciones de salud anterior.

Es indudable que la gripe al invadir á una mujer embarazada, provoca la expulsión del feto. En la epidemia de 1891 observé el siguiente hecho demostrativo, en grado sumo, de lo dicho:

1.° Trátase de una mujer de 36 años, de temperamento sanguíneo, robusta, si bien afecta de ligera insuficiencia mitral; estaba á los siete meses del embarazo, cuando el día 18 de Diciembre de 1891, sintió fuerte malestar y se puso calenturienta, calentura que fué en aumento con suma rapidez; la vi el día siguiente al medio día: tenía entonces 40°, el pulso frecuentísimo, aplanado; los latidos cardíacos apenas perceptibles. Empleo la quinina é infuso de digital. Antes de parir, á las ocho de la noche, tenía 39°'5; pare, y á las diez de la noche, la temperatura es de 38°5. El día 21 ofreció la lengua reseca y vientre timpanizado; la temperatura llega á 40°; prescribo quinina y fricciones mercuriales en el abdomen; el día 22, habiendo astricción de vientre, toma una limonada

purgante que produjo cuatro evacuaciones. En los días 23 á 25 se hincharon los pechos y á pesar de ello no hubo movimiento febril.

En este caso, la gripe fué simple, no hubo tos que provocara el parto prematuro, el cual se presentó al segundo día, y no vino después otra infección; en cambio en las dos observaciones siguientes la cosa varió. En ambas mujeres sobrevinieron fenómenos flogísticos, localizados en una, bajo la forma de metro-salpingitis, y generalizados en la otra, en forma de peritonitis.

2.º Rosario G. de R., en Enero de 1890, á los ocho meses y medio de embarazo parió atacada de gripe; no se observaron al principio síntomas localizados, era un caso que entra en la forma febril simple. A los cuatro ó cinco días aparecieron nuevos fenómenos febriles junto con un dolor expontáneo y á la presión en la fosa ilíaca derecha, síntoma de salpingitis, la cual después de varias oscilaciones de aumento y disminución, lográndose siempre volverla á raya, terminó completamente por resolución. Era en Enero de 1890 y ha tenido desde aquella fecha tres partos sin experimentar trastorno alguno.

3.º En cambio, en Rosa L., de Mir, los primeros fenómenos generales no cedieron después de haber librado un feto de seis meses; continuó la fiebre debida á flógosis peritoneal, la que se hizo tan intensa, que ocasionó en cuatro días la muerte de la enferma.

XII.—De la gripe en cirugía

Al estudiar la acción que la gripe tiene en los procesos fímicos, al citar las observaciones del señor Compaired, lo he hecho de un enfermo que afecto de tumor blanco de la rodilla derecha, sufrió tal agravación que fué preciso amputarle el miembro; he asistido durante la epidemia de 1889-90 á un sujeto de 23 años, que á consecuencia de erisipela flemonosa, quedóle la piel de la pierna izquierda completamente separada de los tegumentos subyacentes, y á pesar de los mejores cuidados y de la resistencia del individuo, desprovisto de toda tara diatésica, tardáronse tres meses, después de variadas peripecias, en lograrse la curación.

Corresponde al Dr. Verneuil el conocimiento exacto de la influencia de la gripe en los afectos quirúrgicos. En 6 de Mayo de 1890 exponía en la *Acad. de Med. de París* lo que sigue:

Cuando en 21 de Enero, decía en la tribuna de la Academia que el cirujano no debía ocuparse de la gripe por las pocas complicaciones que producía en Cirugía, estaba en un error; recientemente demostrado en la tesis de Lejars del 19 de Marzo, en la cual se exponen casos de parotiditis supurada, otitis, pericarditis y pleuresía purulentas, abscesos en todas partes del cuerpo, hemorragias, epistaxis, etc.—He visto en mi servicio un caso notable. Un hombre robusto de 29 años, alcoholizado, fué atacado de gripe y al cabo de una semana comprobó su médico la existencia de un tumor ganglionar bajo el gran pectoral derecho. Este tumor, examinado atentamente, ofrecía el aspecto de enfisema subcutáneo, tanto más cuando existía una bronco-pneumonía infecciosa que podía por continuidad haber producido el enfisema. Una incisión muy pequeña dió salida por la aspiración á algunos gramos de pus y 11 c. c. de gas. Dilatada más la incisión, dióse salida á mayor cantidad de pus y de gas; practicóse buen lavado y drenaje hasta el esternón. El examen del pus demostró la presencia de pneumococos sin otra clase de microbios, y en el de los gases hallóse: ázoe 1 c. c., oxígeno 0'50 c. c., ácido carbónico 8 c. c., esto es, los gases de la sangre que constituían un verdadero pneumocele. Mejoró el estado local, pero empeorando la enfermedad interna, murió pronto, y en la autopsia se encontraron en el pulmón focos diversos de bronco-pneumonia sin hepatización, las válvulas aurículo-ventriculares engrosadas en los bordes, congestionados los riñones y el hígado sin lesión notable.

Puedo citar, añade, otras observaciones y, sobre todo, flemones de las mamas, de los miembros, etc., subsiguientes á ataques de gripe infecciosa; en estos casos obró bien la intervención local, mientras que las localizaciones viscerales, como pleuritis purulentas, endocarditis, etc., conducían á una terminación funesta.—La intervención quirúrgica en sí, esto es, la operación, no ha complicado la marcha misma de la gripe, sino que el enfermo moría, no de ella, de la enfermedad infecciosa añadida; de modo que si la operación no ha matado al enfermo por sí misma, ha coadyuvado á la causa de la muerte.—Después de lo expuesto y de numerosas observaciones del profesor Trelat, que aconsejaba no operar á estos enfermos hasta haber residido algún tiempo en el campo, y del profesor Desmons, de Burdeos, que señala un estado especial de las heridas, se desprende que es mejor abstenerse de toda intervención quirúrgica en época de gripe, porque el terreno orgánico está entonces sumamente desfavorable. Desmons formula concisamente esta conclusión: *durante una epidemia de gripe, excepto en casos de urgencia, será prudente abstenerse de toda operación*, y en especial de aquellas que recaen en las cavidades bucal, nasal, faríngea y respiratoria.

Verneuil señala al fin como hecho curioso el que la gripe, enfermedad intercurrente, ha hecho perder el buen resultado obtenido en una coxalgia, cuyo tratamiento era provechoso. Cedida la gripe, volvió la dolencia á seguir buen curso curativo, habiéndose perdido dos meses y medio.

Conocidas estas observaciones de Verneuil, varios médicos manifestaron el resultado de su clínica. Verrier explicó que en la convalecencia de la gripe había observado muchos flemones subcutáneos y Rogée, que todas las afecciones quirúrgicas en el curso de la gripe tienden á complicarse y á formar pus (Congreso de Limoges, 1890).

En la sesión del 19 de Agosto de la *Academia de Medicina*, leyó el Dr. Verneuil un extenso trabajo sobre el mismo asunto, cuyas ideas sintetizó así:

La gripe, por su carácter de enfermedad infecciosa, ejerce acción nociva sobre las heridas y operaciones quirúrgicas cuya acción puede también verse en el período de convalecencia. Manifiéstase por tendencia puógena, la cual ya se revela en el curso ó después de esta enfermedad, por la aparición frecuente sin existir herida alguna, de afecciones inflamatorias diversas: conjuntivis, otitis, parotiditis, pleuresía, pericarditis, peritonitis, artritis purulenta, forúnculos, abscesos aislados ó múltiples, superficiales ó profundos, orquitis, etc. Los sistemas venoso, arterial y linfático pueden ser invadidos expontáneamente y determinar flebitis, arteritis, linfangitis, y la gangrena de los miembros por embolias debidas á endocarditis vegetante.

Por esto en Cirujía observamos la supuración de las heridas accidentales ú operatorias, de las que se creía estar libre, gracias al método antiséptico. Si la gripe sobreviene después de la operación, retarda la cicatrización, abre la herida operatoria ya reunida y se forma pus; si, al contrario, la herida accidental ó quirúrgica se ha producido en la convalecencia de la gripe, en unos casos no se efectúa la cicatrización y en otros el traumatismo renueva la gripe y ésta á su vez agrava el traumatismo sobreviniendo entonces diversas complicaciones. —*A)* En los casos benignos, un estado febril considerable, como en el ataque primitivo de la gripe.—*B)* En otros adquieren importancia y se hacen mortales las complicaciones bronco-pulmonares.—*C)* Puede también el foco operatorio quedar intacto, pero en la autopsia se descubren fenómenos graves de septicemia.—*D)* En otros, en fin, la herida se inflama, esfacela y parten de sus bordes la erisipela y la linfangitis.

Es necesario, pues, hallarse prevenido respecto la posibilidad de la intervención de la gripe en la curación de las heridas. Cuando en el curso de una epidemia de gripe se observa que un operado ó un herido tratado antisépticamente, ofrece elevación brusca de temperatura, debe sospecharse la invasión de esta dolencia. La puohemia gripal difiere de la traumática clásica por diferentes circunstancias: sobreviene más expontáneamente; los abscesos son múl-

tiples y pequeños; contienen principalmente pneumococos mezclados á otros microbios de la supuración; los escalofríos, comunes en la puohemia ordinaria, generalmente no existen, y el trazado termométrico no ofrece las oscilaciones desordenadas que caracterizan á la última; su curación es menos rara; y esta posibilidad de curación indica que debe obrarse con perseverancia, abriendo los abscesos gripales sintomáticos ó no de la puohemia y tratarlos antisépticamente. Por lo tanto aconseja Verneuil lo que sigue:

Estando demostrada la influencia perjudicial recíproca entre el traumatismo y la gripe, el cirujano deberá abstenerse, excepto en casos de urgencia, de practicar operación alguna, en particular sobre las vías respiratorias, más expuestas que las otras regiones á la localización gripal durante epidemia de gripe. Antes de practicar operación alguna en persona que la haya padecido, deberá esperarse recobre el estado normal, y hacerle seguir durante cierto tiempo un tratamiento tónico y reparador, recurriendo también á la antisepsia interna con la quinina, el naftol, etc.

Follet (*Gac. méd. de París,* 30 Marzo, 1895), en un artículo publicado bajo la inspiración del cirujano Quenu, sostiene que la gripe es frecuente después de las operaciones y que en aquellos operados á quienes se ha administrado el cloroformo es más común la forma bronquítica; que con la tos se abren las heridas operatorias; y que los sujetos con heridas en supuración están más expuestos á sufrir la influenza.

XIV.—Manifestaciones articulares post-gripales

Aparte de lo referido á propósito de las formas artrálgicas y miosálgicas, debo añadir que se ha descrito por Huchard un reumatismo pseudo-infeccioso, con artritis generalizadas y además la que denomina gota post-gripal.

Conocemos un caso, observado por un distinguido compañero (D. J. Comas Font), de gota post-gripal que revestía la forma intermitente. Recaía en un sujeto de 50 años que vivía en buenas condiciones higiénicas, sin antecedentes gotosos, quien después de la primera manifestación de la gripe, ofreció una intensa artritis en el dedo gordo del pie izquierdo que se manifestaba en días alternos y que curó á beneficio de la quinina. Una vez cedió la manifestación citada del pie izquierdo observóse lo propio en el derecho y el plan terapéutico fué el mismo, lográndose al cabo de unas dos semanas la completa curación.

CAPITULO V.—Fin de la segunda parte

Duración. — Curso. — Terminaciones. — Mortalidad. — Pronóstico. — Diagnóstico diferencial: 1.° diagnóstico con varias enfermedades comunes. 2.° diagnóstico con el *dengue*.—Anatomía patológica.—Patogenia.

Duración.—Curso.—Terminaciones

Todo lo que debiera decir aquí relativo á la *duración*, al *curso* y á las *terminaciones* de la gripe, ya está expuesto con los detalles debidos al tratar de cada una de las variadas formas ó tipos que he descrito de dicha enfermedad.

En aquellos puntos es el lugar adecuado para su relato, pues así en cada forma del proceso va involucrado todo lo que á él atañe, desde el comienzo hasta el fin del desorden pático.

Es menester ampliar, con todo, lo que se refiere á ciertas *terminaciones* que pueden denominarse críticas. Ya al hablar de las hemorragias en la gripe he hablado de la importancia que algunos les han atribuído en su curación y someramente también del valor que en igual sentido pueden tener las evacuaciones intestinales. Pero la excreción orgánica que tiene más valor en este sentido es el sudor. En alguna enfermedad, en la pulmonía especialmente, coincide la remisión sintomática con la aparición de abundante *diaforesis* y con descenso térmico, pues, como ya dijo el célebre clínico Frank, «son muchas las *peri-pneumonias* que terminan por sudor.» Pues bien; en la gripe, aun no siendo de forma bronco-pulmonar, podemos observar cosa parecida.

En efecto; un sujeto de 50 años que sudaba fácilmente en el menor trabajo ó con el más insignificante sudorífico, contrajo la gripe de forma gastro-intestinal tórpida y que duró cinco ó seis semanas. Los medios empleados ningún resultado produjeron, pues iba prolongándose su mal, hasta que cedió en poco tiempo gracias á abundante diaforesis que expontáneamente se presentó, y esto que durante la enfermedad, como cosa anómala en él, tenía siempre la piel seca, sin sudor, sudor que no excitó estímulo alguno, fuesen fricciones, fuesen medios internos. Otros casos parecidos podría citar que comprobarían lo apuntado, viniendo á demostrar todos que la excreción sudorífica elimina cantidades inmensas de toxinas acumuladas en el cuerpo y que son causa del estado anómalo y persistente. La dificultad está en obtener este éxito, que esraro alcanzar con todo y los medios empleados, y también anómalo ver que sepresente de una manera expontánea, franca y natural.

Alguna vez he tenido ocasión de observar al final de la gripe ó ya en plena convalecencia, abundante *sialorrea*, siendo la saliva muy fluída, aguanosa, y que molesta al enfermo por la contínua deglución que debe efectuar. En un caso molestaba al enfermo el mal sabor que encontraba en el líquido segregado.

Las mismas consideraciones hechas con motivo de la diaforesis pueden aplicarse en estas circunstancias, pues en el fondo el fenómeno *crítico* es igual.

Pronóstico

Las distintas *formas comunes* de gripe pueden ofrecer gravedad diversa. La

más sencilla es la eruptiva y siguen en escala ascendente, la febril simple, la digestiva, la respiratoria y la cérebro-medular. Se comprende que así sea, porque las complicaciones que á cada una pueden seguir, tienen importancia distinta según el aparato ó sistema enfermos.

Dentro de las *complicaciones* que sobrevienen en el curso de la gripe, es facil suponer cuantas variedades pueden ofrecerse. Como dependen casi todas del estado anterior de resistencia orgánica ó de enfermedad del griposo, resulta que por recaer la infección en sujeto de pocas condiciones de lucha contra el estado morboso, han de ser sumamente graves las que se presenten, sean cualquiera su naturaleza.

Si se trata por ejemplo, de pulmonía que es tan común observar al fin de este mal, oigamos lo que dice el Dr. B. Robert, catedrático de Patologíay Clínica médica en la Facultad de Medicina de Barcelona:

«Estas pneumonías de la gripe son terribles para las personas de edad avanzada y hasta para las que, en cualquiera época de la vida, se infectan en el curso de antiguas afecciones del aparato circulatorio ó del respiratorio; y lo son, no precisamente por que lleven en sí una tendencia supurativa, sino por que con facilidad se acompañan de agotamiento bulbar y de paresia de bronquios, todo lo cual pone al pneumónico en camino de la asfixia. No debe olvidarse tampoco otra circunstancia, y es que la pulmonía en la gripe no constituye la totalidad del proceso; al fin y al cabo trátase de una infección muy generalizada, y en virtud de esto puede ocurrir, y ocurre con asaz frecuencia, que aun cuando la lesión pulmonar quede resuelta, la evolución gripal sigue, y se desata un cuadro de desórdenes gástricos ó intestinales, con su autoinfección correspondiente, ó surge de improviso una complicación renal seria; ó se van dibujando trastornos encéfalo-meníngeos de mayor ó menor entidad; y tal estado de cosas, formando como una cadena interminable, no sólo da al proceso una duración inusitada, sino que obliga al enfermo á que sortee sinnúmero de dificultades.»

Se comprende que si el individuo es joven, puede á pesar de todo, lograrse el resultado apetecido; pero si es anciano, esclerósico, etc., sobrevendrá irremisiblemente la muerte.

De ahí que en los sugetos *alcoholizados* sea tan fatal la gripe; si en ellos son graves siempre las afecciones agudas bronco-pulmonares, sabemos, sin embargo, que curan de la pulmonía aguda, y, especialmente, siguiendo poco más ó menos las reglas del método de Todd; pero no curan de las inflamaciones agudas del aparato respiratorio debidas á la gripe, en primer lugar por ser muy invasoras y privar la hematosis, y de otra parte porque la gripe determina la sedación del sistema nervioso y deja el organismo incapacitado para la reacción.

Así es que en los procesos flogísticos pulmonares de esta naturaleza vemos ocurrir la muerte por parálisis cardíaca, por bronco-plegia y por parálisis bulbar manifiesta, acompañada de convulsiones, como de toda esta serie de terminaciones podría citar ejemplos ó casos clínicos.

Los *cardíacos* peligran considerablemente por varios motivos:

Desde el primer momento la aceleración cardíaca y aumento de presión arterial que acompañan á fiebre tan alta como es la con que empieza la gripe, rompen con todos los medios de compensación circulatoria establecidos. La dificultad circulatoria que existe en caso de agobio pulmonar, produce desórdenes de importancia en el corazón y si éste ya está afectado, es dable suponer lo que debe sobrevenir. También pueden existir procesos agudos cardio-vasculares que perturben seriamente la circulación, no tan sólo la central, sino también la periférica, determinando obstrucciones y necrobiosis. Y es facil que se observen hemorragias diversas (bronquiales, pulmonares, cerebrales, etc.) por los motivos apuntados: aumento de la presión circulatoria y lesión en las paredes vasculares.

En la *mujer*, especialmente, el pronóstico de la gripe varía según el estado

de sus funciones sexuales. No estando embarazada pueden sobrevenir las hemorragias menstruales copiosísimas y, cuando no, adelantarse el periodo catamenial. Si está embarazada, el aborto ó el parto prematuro, según la época, con todas las consecuencias que en estos casos puede producir la infección, como ya he relatado en el capítulo correspondiente.

En el *niño* es peligrosa la gripe por la eclampsia del período de entrada; por la bronquitis capilar que á veces produce, aunque jamás tan grave como la del sarampión; y sobre todo por los fenómenos de meningismo y hasta de verdadera meningitis que en muchas ocasiones hace explotar; no teniendo gravedad alguna la disfagía dolorosa que en los de teta les suspende la succión por horas y hasta por uno y dos días.

Se comprende que en los *ancianos* el pronóstico de la gripe siempre sea grave, porque en ellos están reunidos la serie de circunstancias abonadas para que sobrevengan complicaciones formidables: poca reacción orgánica, tienen esclerosados los órganos circulatorios, son bronquíticos y los centros nerviosos propensos á reblandecerse ó en vía de reblandecimiento.

Mortalidad

No es tan grande la mortalidad de la gripe como parece, atendiendo el aumento de defunciones que se observa en época de epidemia, pues hemos de tener en cuenta el número de enfermos que durante ella suelen existir. Atendiendo á esto, puedo decir, según cálculos hechos mirando el número de defunciones que en Diciembre de 1889 y Enero de 1890 se registraron en una población de más de 30.000 habitantes y comparándole con el de enfermos que durante aquella época debieron existir en dicha población, que la mortalidad debida á la gripe no excedió del *tres por ciento* del número de enfermos.

Diagnóstico

En el estudio de las diferentes formas y complicaciones de la gripe he hecho el diagnóstico diferencial con otros estados morbosos confundibles con ellas.

No es necesario repetir, pues, lo que va expuesto con todos sus detalles en su lugar oportuno.

La base fundamental para el diagnóstico de la gripe estriba en la repetición de casos clínicos semejantes, de casos que ofrecen la misma sintomatología, sean estados febriles, neuralgias diversas, formas insidiosas de catarro gástrico ó catarro gastro-intestinal, bronquitis, etc.

En general, en la mayoría de estos procesos, sin esceptuar los que radican en el aparato digestivo, se observa primero cierta irritabilidad del sistema nervioso y al fin depresión considerable, estados que en una ú otra forma dominan á veces todo el cuadro sintomático.

Además Kramer, que es el último autor que se ha ocupado de la influenza, sostiene que es un elemento de diagnóstico de valía la postración, la debilidad, que subsigue á una manifestación gripal, por insignificante que sea, lo cual no se observa en ninguna otra enfermedad.

Esto corrobora lo que atestiguan algunos sujetos que habiendo estado afectos de gripe alguna vez, y en otras ocasiones de fiebre catarral ó por corte de transpiración, notan una diferencia considerable en la intensidad de los fenómenos subjetivos, en el malestar subsiguiente, en las diferentes manifestaciones nerviosas, etc., que caracterizan á la primera y que faltan ó sólo existen en grado remiso en la segunda.

La misma variedad de desórdenes páticos, el mismo polimorfismo morboso,

que en muchas epidemias de gripe puede observar todo práctico, sirve para establecer el diagnóstico.

Algunos síntomas tienen bastante valor. Uno de ellos es el dolor intra-orbitrario ó retro-bulbar, que no se manifiesta en ninguna otra afección, y los diversos dolores neurálgicos que, á la vez y en varios sitios del organismo, siente el pobre paciente; y con ellos hemos de incluir las hiperestesias, los desórdenes sensitivos criestésicos, las exacerbaciones febriles de forma irregular como es dable que se observen, el aspecto de la expectoración, etc., etc.

Nada, pues, patognómico tiene la gripe; y en cambio en el conjunto de todo el cuadro fenomenológico hay algo que nos guía para establecer el diagnóstico.

Un trastorno, una lesión pulmonar reconocible en la cabecera del enfermo, más bien que vista en la sala de autopsia, constituiría por algunos prueba evidente de gripe. Tal es la que denominó Grancher *espleno-pneumonia* ó forma de pneumonia sub-aguda que simula una pleuresía con derrame. Delpeuch y Florand opinan que esta forma de pneumonia gripal reside especialmente en el lado izquierdo y que es bastante raro observarla en el derecho. El estudio bacterioscópico de algunos casos ha demostrado la existencia del estreptococo (Faisans) en uno de ellos y del pneumococo (Florand) en otro; de modo que en todo caso sería una consecuencia de la gripe, más bien que una manifestación de ella. Y tampoco puede considerarse patognómico el aspecto aporcelanado de la lengua, descrito por Faisans, ni el edema unilateral de la faringe, con desviación de la úvula, referido por Lovenstein.

Al estudiar la forma eruptiva de la gripe he establecido el diagnóstico con la erupción propia de la *antipirina,* con la *erisipela,* con la *escarlatina,* con el *rash variólico* y con las *erupciones infectivas* secundarias. Y al estudiar la gripe en los niños he citado lo que la distingue del *sarampión,* de la *escarlatina* y de la *viruela.*

A propósito de la gripe de forma febril simple he hablado de la diferencia que puede establecerse con la *fiebre infectiva efímera;* en la gripe esporádica he hecho lo propio con relación á la *fiebre* denominada *catarral;* en la de forma infectiva grave con los caracteres que la distinguen de la *fiebre tifoidea* y de la forma de tuberculosis aguda ó denominada *granulia;* en las complicaciones que se observan en el aparato respiratorio he dilucidado el diagnóstico de la angina pultácea que suele verse en la influenza, con la *angina diftérica;* los caracteres de la pulmonía gripal frente la *pulmonia fibrinosa;* y los de la gripe pulmonar crónica que puede ser confundida con la *pneumofimia* y que se distinguen mediante el examen bacterioscópico.

Paso al estudio de otro punto relativo al diagnóstico de la gripe, que ya he dicho en la sinonimia que de él aquí me ocuparía. Tal es la diferencia que existe entre el *dengue* y la *gripe.*

El dengue se ha denominado *fiebre de quebrantamiento, m' dagamonté, m' rogni, fiebre de los dátiles, fiebre epidémica de Calcuta, fiebre eruptiva de la India, fiebre gaditana ó de Cádiz, bou-hou* (en Tahiti), *fiebre piedosa* y *dandy.*

Esta enfermedad es endémica en la India, en Calcuta; la primera epidemia conocida data de 1780. Desde entonces se han descrito varias, quedando todas comprendidas cerca el ecuador, entre los 40º de latitud N., y 20 de latitud S. A la altitud de 900 metros no se desarrolla el dengue. Los puntos que se citan como invadidos por esta enfermedad son, dejando Madras, Bombay y Calcuta, las Antillas, el Senegal, las Bermudas, Nueva-York, Aden, Conchinchina, Brasil, islas de la Reunión, Tahiti y Cádiz.

Al presentarse esta enfermedad en una población, en un cuartel, en un buque, etc., ataca la mayoría de individuos; á pesar de esta intensidad en el contagio, sus complicaciones y su mortalidad son insignificantes.

Empieza con malestar general, vértigos, abatimiento y dolores en las articulaciones; á causa de estos dolores el enfermo al andar toma una posición rígida, estirada. De ahí los nombres de *febris piedosa* y de *dandy,* del cual dícese

se ha originado el de *dengue;* pero esta es palabra genuinamente española, que significa, según el diccionario de la Academia: «melindre femenil, que consiste en afectar delicadezas, males, y, á veces, disgusto de lo que más se quiere ó desea,» y que puede aplicarse al aspecto de la marcha, de las posiciones ó posturas indicadas.

Después de este estado aparece una erupción que recuerda ya la de la urticaria, ya la de la escarlatina; la cual va acompañada de vómitos y fiebre, á veces de 40°.

Al tercer día la fiebre cede y la curación parece que va á empezar; pero enseguida se observan en el cuello, ingles y sobacos, infartos ganglionares que suelen durar dos ó tres días más.

Entonces vuelve á observarse otra erupción de aspecto parecido á la del sarampión, que dura algunos días y que termina descamándose la piel.

Podrá faltar alguno de los síntomas ó de los períodos indicados, como es común en todos los males en general; pero la marcha es la descrita, bien distinta, por cierto, de la de la gripe.

Basta esto para comprender la diferencia que existe entre ambas enfermedades, difíciles de confundir aunque la gripe se ofreciera bajo la forma eruptiva.

Anatomía patológica

En los enfermos de gripe observamos una serie de trastornos anatómicos determinados por el proceso infectivo, que constituyen la manifestación de sus localizaciones. La hiperemia ó inflamación de la conjuntiva y otros desórdenes oculares, la flógosis de la mucosa de Schneider, la de la faringe y laringe; la inflamación bronquial, el catarro del estómago y de los intestinos, las otitis, externa y de la caja, la esplenomegalia, la cistitis, la pleuresía, las diversas erupciones primitivas, quizá también algunos trastornos articulares, etc., etc., dependen de la acción general del microbio de Pfeiffer y del elemento tóxico que segrega.

Nada especial, anatómicamente consideradas, ofrecen dichas lesiones de la gripe, pues sus caracteres son los comunes á todas las de igual clase, sea cualquiera la naturaleza que las engendre. Las lesiones de la bronco-pneumonia nada tienen de típico; pero en clínica, dejando aparte el estudio bacterioscópico de los esputos, podremos distinguirlas de las de otra naturaleza por el curso propio del proceso gripal; recordando, sin embargo, si se trata de niños, que en las que subsiguen al sarampión y á la coqueluche, hay la marcha atípica, por brotes ó focos sucesivos, que es lo característico de la evolución de las bronco-pneumonias en general.

Tampoco nada propio tienen las lesiones de la pneumonia fibrinosa, que el bacilo de Pfeiffer puede determinar según algunos clínicos, y sin que clínicamente sea distinguible de la producida por el pneumococo de Talamón y Fraenkel; sólo la presencia del agente productor dilucida en algunos casos el diagnóstico; como lo propio sucede en la tisis gripal descrita por Kramer.

Ya he indicado que el bacilo de la gripe puede hallarse en la sangre y también que es facil separarle de la mucosidad expelida del aparato respiratorio, especialmente si se tiene cuidado en recoger las secreciones que proceden de los bronquios, pues las de la parte alta llevan junto á dicho vejetal microscópico otros diferentes parásitos, habituales y comunes en las secreciones de la mucosa de la laringe ó faringe.

Al hablar de la forma bronco-pulmonar he citado el relato de autopsias de sujetos muertos de gripe, hechas por el inglés Green (1837), en el que se hace notar, especialmente, la existencia de lesiones en el pulmón y en la sangre.

Las alteraciones microscópicas de las capilares son las que han fijado parti-

cularmente la atención. Ya sabemos, según el estudio de las complicaciones observables en el aparato circulatorio, que se fraguan lesiones en las paredes y en el interior de los vasos y que á ellas se debe la formación de trombosis y de embolias que son origen de serias complicaciones.

Las arteritis de la gripe según Guttmann y Leyden, tendrían los caracteres de las de la tifoidea, que ataca, como hacen en general todas las infecciones, las túnicas externa (peri-arteritis) é interna (endo-arteritis.)

Dada la fragilidad vascular, propia de los casos en que existe esta lesión en las paredes, se comprende que con el aumento de tensión propio de la fiebre, sobrevengan finas roturas que den lugar á hemorragias en diversos órganos, como en la sintomatología viene relatado (mucosa nasal, bronquios, pulmón, cérebro, médula, meninges, útero, etc., etc).

De la relación de necropsias efectuadas por clínicos de nota como Furbringer, en 1892, Cornil, en 1895, etc., se desprende, refiriéndose especialmente al sistema nervioso, que hay pequeños focos hemorrágicos en la masa cerebral (substancia gris ó blanca), que están dilatados los vasos de las meninges, en especial los de la pía madre, y que hay infiltración de las paredes de los vasos de la substancia gris (Cornil). Furbringer á más de describir detalladamente los trastornos vasculares que se observan en el cérebro y sus cubiertas, hace notar que en el riñón ha encontrado pequeños focos hemorrágicos, que en el intestino ha visto enteritis de carácter hemorrágico, y concluye diciendo, refiriéndose á las primeras, que es grave la dolencia que en su curso ó en plena convalecencia, sin respetar edad, determina en el cérebro lesiones hemorrágicas irremediables.

Lo propio sucede en la médula. En un caso, ya referido, de mielitis gripal, se observaron en la autopsia las lesiones macroscópicas siguientes: congestión intensa de la pía madre, desde la cola de caballo á los primeros pares dorsales; separando la pía madre se encontraban diseminados por toda la altura del cilindro medular, manchas rojizas bien circunscritas que resistían al lavado; pero al nivel del segundo par tomaban el color amarillo; la substancia medular estaba completamente reblandecida y bajo la presión de un chorrito de agua, saltaba en estado de pulpa; y al nivel del quinto y sexto pares dorsales se notaba nuevo foco de reblandecimiento de longitud de dos á tres centímetros; estas porciones estaban bien limitadas por porciones al parecer normales y que tan solo ofrecían ligera congestión. El bulbo y el cérebro no presentaban alteración (Deroye y Gallois).

Con todo, Apostoli y Planet (*Revue de Médecine,* 10 de Julio de 1898) relataron una observación de mielitis consecutiva á la gripe y que curó á beneficio de la electricidad, y por esto suponen que esa clase de mielitis infecciosa, lo propio que todas las de esta índole, presentan muchas veces trastornos puramente dinámicos y por lo tanto curables y no siempre un proceso de destrucción. Por esto en ese caso activando la electricidad la circulación, favoreció la eliminación de las toxinas, causa de los desórdenes medulares.

PATOGENIA

Tanto los experimentos de laboratorio, como las observaciones clínicas, concuerdan en atribuir á la gripe naturaleza toxi-infecciosa. En efecto, ya hemos visto, segun los estudios de Cantani, que los cultivos esterilizados determinan los mismos fenómenos que los cultivos puros, y que según Semmola la orina de los griposos, que solo contiene la toxina y no el microbio, produce fenómenos característicos.

Además microbio que á las veinticuatro horas de haber entrado en el cuerpo ya suele determinar desórdenes generales de importancia, que después de haber estos síntomas cedido, deja el organismo en todos sentidos trastornado,

que muchas de las manifestaciones que se ofrecen en su curso, dependen de perturbación cérebro-medular, y que más tarde los daños consecutivos se observen bajo la forma de neuralgias ó de neurosis, pruebas son que no es por sí mismo que determina todos aquellos daños, sino por su toxina, que obra como otros venenos que son causa de neuralgias, de histeria y de otras varias perturbaciones más ó menos duraderas del sistema nervioso. El distinguido electro-terapeuta parisién Sr. Apostoli, supuso que una mielitis de origen gripal, con atrofias, etc., que curó á beneficio de la electricidad, era debida á la acción de la toxina, que la actividad circulatoria que produjeron las corrientes eléctricas arrastró y eliminó del sitio interesado.

El proceso es nervo-vascular. Por modificación vaso-motora viene dilatación en los capilares y por acción local sobre los elementos constitutivos de los vasos, hay peri-arteritis y endo-arteritis. De ahí las congestiones viscerales tan comunes en el curso de la gripe y de ahí las hemorragias que, ya capilares, ya difusas, se encuentran en muchas entrañas y en especial en el cérebro y la médula y en sus cubiertas; porque si por una parte hay vaso-dilatación, por la otra hay rotura de las paredes, dadas las condiciones anormales en que están y pérdida consiguiente de su elasticidad.

No quiere decir esto que la lesión material existe exclusivamente en los vasos pequeños, porque como la toxina se extiende por todo el organismo, puede afectar todos los elementos celulares, pues hasta en las mismas enfermedades hepáticas que antes se creían supeditadas á origen vascular, se sustenta ahora (*tesis* de Grand-maisón) que el desorden en muchos casos empieza por las células.

Actualmente no es facil saber porque hay propensión á ofrecerse una localización en un órgano, aparato ó sistema más que en otro; sabemos, sí, que depende de condiciones de mayor impresionabilidad local, no pudiendo abandonarse por lo bién que caracteriza la idea, aunque no aclare el asunto, aquella frase de célebre clínico, al decir que debe atribuirse á que el sitio dañado con mayor intensidad, es *locus minoris resistentiæ*. Ciertas manipulaciones de laboratorio previas ó coetáneas con la inoculación microbiana, explican como se efectúa la localización en determinados experimentos; pero en clínica hemos de admitir que cosa parecida sucede aunque no nos sea dable encontrarla y definirla; de ahí que sea insustituible aquella expresión, por más que nada detalle, pues nos advierte que algo debe existir para que el hecho clínico tenga lugar en las circunstancias en que lo observamos, y así nos induce á inquirirlo y averiguarlo como incógnita que se ofrece en la mayoría de casos.

TRATAMIENTO DE LA GRIPE

CAPITULO I.—Tratamiento en general

Bases generales para el tratamiento de las infecciones.—Profilaxis de la gripe.—Tratamiento abortivo.—Tratamiento curativo: sangría; diaforéticos; quinina; ácido salicílico; fenacetina; antipirina; salipirina; exalgina y creosota.

Para tratar con éxito una enfermedad es necesario conocer su naturaleza. Sabemos cuál es la de la gripe; no cabe duda alguna que es debida al micro-organismo que descubrió el doctor Pfeiffer y este conocimiento debiera ser la base del tratamiento. ¿Pero es posible atacar y destruir á dicho microbio cuando ha penetrado en nuestro organismo y determinado en él, por los variados medios que anteriormente he descrito, los diferentes trastornos que constituyen la enfermedad? No es dable en todos los casos recurrir á la terapéutica que el profesor Bouchard denomina *patogénica;* hemos de limitarnos en la inmensa mayoría de casos á la paliativa, á la *sintomática,* aliviando el dolor, deteniendo una hemorragia...; á la *naturista,* siguiendo los impulsos curativos del organismo; á la *empírica,* no despreciando los hechos que la casualidad nos demuestra; etc.

En esta enfermedad, como en muchas otras, la lucha que se establece entre el organismo y el agente infectante decide la curación ó la muerte. Vence el organismo ordinariamente y nuestros medios no hacen más que venir en auxilio de los procesos curativos expontáneos de la naturaleza.

¿Es esto suficiente para humillar al médico? No; pues cuando menos, si no podemos matar directamente al microbio productor del estado pático, le quitamos elementos de vida, eliminamos los elementos nocivos que ha producido y envenenan los protoplasmas, hacemos á éstos más resistentes, combatimos los desórdenes paralíticos vasculares que por influencia nerviosa tal vez ocasione; en una palabra, aplicamos la llamada terapéutica *fisiológica,* mediante la cual conocidas las perturbaciones que determina la enfermedad en las funciones de los órganos, provocamos fenómenos contrarios para restablecer el estado normal.

Las bases en que descansa el tratamiento de toda enfermedad interna de naturaleza infectiva y por lo tanto el de la gripe, las reduzco á las siguientes:

1.ª Influir directamente, si es posible, sobre el agente patógeno.

2.ª Sostener las fuerzas digestivas (oréxicos, amargos, ácidos, etc.).

3.ª Introducir en el organismo pocos elementos tóxicos, como ciertos caldos, extractos de carne, etc., supliéndolos por la leche.

4.ª Dejar libres los protoplasmas para que puedan reaccionar, no agobiándoles con medicamentos innecesarios (bromuros, antipirina y otros sedantes) pues la mayoría de desórdenes dependen más que de otra cosa de la infección.

5.ª Favorecer y activar los cambios orgánicos; así es necesario á estos enfermos aire puro, oxigenado; por esto Alberto Robín, de París, preconiza el empleo de los cuerpos sulfo-etéreos, de los sulfatos y benzoatos.

6.ª Tonificar el sistema nervioso para que sea activa su reacción frente al estado infectivo (baños, estimulantes externos, revulsión, etc.).

7.ª Procurar el arrastre de los elementos tóxicos intra-orgánicos, en especial mediante el sudor, la orina y las evacuaciones ventrales.

8.ª Sustraer ó disminuir el calor excesivo.

En todo esto consiste la terapéutica de los *elementos morbosos*, que ya fijó Galeno y que contemporáneamente tanto han desarrollado Forget, de Estrasburgo, y Gubler y Hayem, de París.

Profilaxis de la gripe

¿Antes de atacar el mal podremos evitarlo? ¿Podremos alcanzar resultado de la profilaxis para evitar ulteriores consecuencias? ¿Qué demuestran los hechos?

La *quinina* se ha considerado por algunos agente específico de la influenza.

El alemán Volckmann consideró esta enfermedad como intermitente diaria acompañada de tos espasmódica; de ahí nació el empleo de aquel alcaloide en la profilaxis gripal. Los ingleses hicieron considerable uso de la quinina durante la pandemia de 1889-90; Graeser la creyó preciosa y la daba á los soldados como medio profiláctico á la dosis diaria de 50 centígramos. Kraft sostiene que es el único agente de profilaxis, pues en una casa compuesta de seis individuos, enfermó uno, pero no los otros cinco que tomaron quinina.

Según dice el prof. Spillman, de Nancy, su observación propia le demuestra la poca eficacia profiláctica de tal medicamento contra esta enfermedad: catorce personas de su familia tomaron durante tres semanas medio gramo de quinina; doce sufrieron la gripe sin que fuese más benigna ó de más corta duración que lo ordinario; en dos de ellas el periodo agudo duró cuatro ó cinco días y la temperatura ascendió á 41°; y cuatro tuvieron complicaciones bronquiales menos duraderas.

Boucherón cree el *salol* y *naftol* no sólo profilácticos de la gripe, sino también agentes abortivos. Individuos, dice, que tomaban alguna de estas dos substancias se libraron de la gripe. En cambio Spillmann así como ha negado la acción profiláctica de la quinina, niega también la del salol y naftol, por haber visto lo que dice haber evitado Boucherón, la aparición de la gripe en enfermos sometidos á su empleo por una afección gástrica.

Concluye el Dr. Spillman que no hay profilaxis de la gripe y que lo mejor consiste en practicar *lavados* antisépticos de la mucosa nasal, especialmente en la forma catarral de la enfermedad.

El Dr. Ollivier ocupándose de la profilaxis de la gripe dijo en la Academia de Medicina de París (sesión del 2 Febrero del 92), que para prevenirla es preciso evitar el cansancio, las vigilias, paseos nocturnos, abusos en las comidas; siendo conveniente levantarse tarde, descansar mucho y tomar bebidas calientes. Los convalecientes y cardíacos deben observar más exquisitamente estas precauciones. Añade que el mejor agente profiláctico es el aceite de hígado de bacalao, administrado á la dosis de 3 ó 4 cucharaditas á los niños y de 2 ó 3 cucharadas grandes á los adultos; pues ha observado que prescrita esta substancia sistemáticamente á número considerable de sus clientes, todos menos uno se han visto libres de la gripe, y esto sin cambiar en nada sus hábitos ordinarios. Obraría tonizando al organismo y dándole fuerza para resistir la impresión del frío húmedo. Contra este proceder está Leroy de Mericourt, quién dice que el aceite de hígado de bacalao produce trastornos digestivos y de consiguiente anorexia, que pueden facilitar el desarrollo de la gripe.

El distinguido higienista Sr. Vallin sustenta que no hay mejor profilaxis que la antisepsia bucal. La boca es el receptáculo de muchísimos microbios patógenos y entre ellos puede hallarse el de la gripe; por esto el lavado de la boca,

puede ser sumamente útil. A ella debe añadirse la antisepsia de las fosas nasales empleándose para ambos casos agentes antisépticos como el salol y naftol, unidos á las esencias aromáticas de canela, limón, etc.

El italiano Pestalozza ensalza las pulverisaciones de *creolina* por haberlas empleado *con éxito* en su familia. Despréz aconseja las de *cloroformo*, porque, dice, en contacto de las substancias orgánicas se descompone y deja cloro en libertad. También se considera como á tal el *tabaco*; pero ¿quién no ha visto grandes fumadores afectos de gripe en sus formas más graves?

En 1890 publicó el Dr. Goldschmidt (*Berlin. Klin. Wochens.*, 8 Diciembre) un trabajo para demostrar la inmunidad que la *vacunación* con vacuna animal, confiere contra la gripe. En la isla de Madera observó la coexistencia de la viruela y la gripe y comprobó que de 112 sujetos revacunados con éxito, ninguno contrajo la influenza. En una casa aislada, habitada por 25 individuos, había 12 revacunados (nueve con resultado) que permanecieron libres de la enfermedad. Y atribuye además á la vacuna que pocos niños fuesen atacados de la gripe en la última epidemia de 1890.

Griesinger sostiene igual opinión; en cambio un médico francés, el Dr. Bienfait ha demostrado que no es cierto. En Reims desde Agosto de 1888 ha vacunado todos los meses el personal del ferro-carril: en 31 de Diciembre de 1889 tenía 901 empleados revacunados, de los cuales lo fueron con éxito 423. Durante la epidemia de gripe tuvo 404 enfermos, de los cuales 86 eran de los últimos.

Puedo decir por mi parte que he visto personas de mi familia y clientes muy íntimos revacunados con resultado, que padecieron la gripe, sin que ésta fuese de menor gravedad que en los que estaban en condición distinta, y sin que tampoco la forma morbosa tuviera nada de especial.

Vemos, pues, que no es posible la profilaxis acológica ó medicamentosa de la gripe.

Todo lo que se obtenga se obtendrá de las prácticas higiénicas.

Los médicos alemanes dicen que un individuo puede precaverse de ella, habitando en casa seca y bien ventilada; de modo que debemos recurrir á la higiene. Conviene, cuando menos, en aquellos edificios fáciles de aislar, el evitar las relaciones con el exterior, pues al hablar del contagio hemos visto que en los establecimientos donde viven acumulados muchos individuos es en los que mayor contingente de morbosidad se observa, pues cuando penetra en ellos una chispa morbosa, prende allí el fuego con mayor intensidad.

Alguien ha creído que lo mejor es vivir encerrado en habitaciones calientes; pero lo más esencial es evitar las relaciones con puntos invadidos. El Sr. Comby (11 Febrero 91, *Acad. Med.* de París) refirió que los individuos que trabajaban en la explotación del ferro-carril del E. de Francia, y de consiguiente que estaban al aire libre, ofrecieron menor contingente morboso que los empleados en las oficinas y estaciones. También París y las grandes ciudades estuvieron más contaminadas que la campaña. Y concluye diciendo que la aireación constituye el mejor medio profiláctico.

Tratamiento abortivo

Si no es posible evitar el mal y la gripe ya empieza á evolucionar ¿podremos hacer que aborte?

Boucherón creía en la eficacia de los microbicidas salol y naftol, agentes, dice, que dados al interior desde el principio pueden detener la gripe antes de llegar al cuarto ó quinto día, que son los que necesita esta enfermedad para efectuar su evolución y evitar las complicaciones que sobrevienen pasado este plazo. Pero si salol y naftol no obran en la gripe como profilácticos, como anteriormente he referido, es decir, sino evitan su entrada, menos lograrán la suspensión de los desórdenes que ya se fraguan.

Ringk (*Allg. medi. central Zeitung*, 1891) dá la siguiente fórmula que pomposamente titula abortiva de la gripe, por ceder á ella, dice, los casos más graves:

Hiposulfito de sosa.	4	gramos
Agua destilada.	100	»
Jarabe de frambuesas. . . .	40	»

Para tomar una cucharada grande cada tres horas.—Reposo en cama.—Bébanse infusos calientes de menta piperita.

El médico director del hospital israelita de Román (Rumania), Dr. León Rabener, considerando á la *creolina* de Pearsón el antiséptico por excelencia, la administró á 291 enfermos de gripe fuese cualquiera la forma de la enfermedad; y tan buén resultado alcanzó, que no sólo la considera el mejor agente curativo, sino también que puede figurar en calidad de preventivo. No expondré las diferentes fórmulas en que él la prescribió, porque opino que su valor está al nivel del de todos los otros agentes considerados en el mismo sentido.—Robertson creyó hallar en el *benzol* el agente abortivo de la gripe; Taylor Simpson recomienda dos gotas de *ácido fénico* tres veces al día; ¡pués sostiene que en muchos centenares de casos ha logrado una convalecencia rápida y completa, poniéndose la temperatura normal á las veinticuatro horas.

Creo no errar diciendo que si no hay agente profiláctico, tampoco lo hay abortivo. Estos agentes microbicidas, pues otra virtud no tienen, podrán serlo en una retorta, pero no en nuestro organismo, porque en el seno de nuestros tegidos si han de obrar, destruirán también, á la vez que el microbio, los elementos celulares.

Tratamiento de la enfermedad

Esta enfermedad se ofrece con fenómenos febriles intensos y síntomas hiperémicos en distintos órganos; hay el aspecto general de una dolencia flogística que ha comenzado con escalofríos y que ha dejado en la piel rastros hiperémicos, como rash de una afección eruptiva. Si á esto añádimos que produce tos, disnea, debidas á hiperemia bronquial ó á verdadera flógosis de la mucosa respiratoria, se comprenderá que no haya sido raro que en épocas en que había delirio para la extracción de sangre, se efectuaran largas y repetidas *sangrías*. En España se practicaron en epidemias anteriores abundantes expoliaciones de sangre, en términos que se ha dicho que la gripe de 1580 si fué tan mortífera en Madrid, lo fué por el sin número de sangrías practicadas.

En la misma epidemia, sin embargo, la sangría inspiró horror á algunos médicos. En la relación de la que se sufrió en Barcelona, dícese que pocos fueron los que curaron una vez sangrados, porque en aquella constelación no convenían sangrías ni purgas, opinión sostenida también por un médico provenzal llamado Vall-lleriola.

Dice Graves: La invasión brusca y febril de la enfermedad parece que indique la necesidad de la sangría y más si á ello añadimos el aspecto fibrinoso de la sangre y la inflamación del aparato respiratorio. Los médicos de Dublín la consideran más perjudicial que útil; él opina que es dañosa á no ser que se practique dentro las primeras 24 horas. A partir del segundo y tercer días sólo deberá recurrirse á ella si existe congestión pulmonar generalizada. De modo que pocas veces ya por sí, ya por ser llamado el médico tarde «la sangría general está raramente indicada en el tratamiento de la gripe.»

Puede recurrirse con mejor utilidad á la aplicación de sanguijuelas en la horquilla esternal, dejándolas fluir, en donde por su vecindad á la tráquea, combaten la flógosis tan manifiesta é intensa de este punto. El mismo Graves

al describir los caracteres que ofrece el pulso en la gripe, dice que al final es lleno y fuerte y refiere haber hecho practicar alguna sangría en individuo pletórico que tal circunstancia ofrecía, encontrando la sangre muy fibrinosa y con coágulo retraído. Los síntomas gripales, dice Holland, no parecen depender de la inflamación franca de las mucosas, la tos de ella es nerviosa como la de la coqueluche; tanto es así, que aumenta después de la sangría y crece la dificultad á expeler moco bronquial.

Un médico español, el Dr. Taboada, en la discusión habida en la Acad. de Méd. de Madrid en 1890 sobre la gripe, decía en la sesión del 12 de Abril, que no es dudoso que esta medicación podría dar aun hoy excelentes resultados, que si en la práctica antigua quizás hubo exageración en su uso, lo cierto es existe otra razón que la moda ó la corriente de las opiniones, para justificar el que hoy no desprecio en que ha caido dicho método.

El profesor Maragliano en el Congreso italiano de Medicina celebrado en Roma en 1888, sostenía que era bastante racional la práctica de la sangría en la pulmonía, porque mediante ella no sólo se disminuía la hiperemia pulmonar sino que al mismo tiempo salía con la sangre cantidad importante del agente nocivo, fuesen toxinas ó microbios. Esto mirado por el lado cuantitativo es verdad; pero si nos fijamos en el cualitativo, vemos que ha habido expoliación globular, que los nuevos glóbulos sanguíneos formados no reunirán enseguida las condiciones necesarias para prestar la vida que el organismo necesita y que no pueden efectuar tampoco los fenómenos de fagocitosis más indispensables, según los estudios modernos, para destruir los microbios patógenos.

De consiguiente, será solo como á último recurso, al agobiar al enfermo congestión pulmonar ó amenazarle pneumorragia grave, difíciles de corregir con la ergotina, revulsivos y otros medios, cuando emplearemos la sangría ateniéndonos á lo formulado por prácticos de nota como Jaccoud, Hanot, etc.

Jaccoud en su *Clínica de la Caridad,* formula así las indicaciones de la sangría en la pulmonía: 1.° Disnea intensa y temperatura elevada. 2.° Alteraciones mecánicas de la circulación pulmonar, hiperemia y edema. 3.° Fenómenos de éxtasis encefálico. Hanot en su tesis que versa sobre el *Tratamiento de las pulmonías agudas* (1885), sustenta opiniones semejantes, pues dice que la sangría se impone en todos los períodos de la pneumonia cuando hay opresión extrema con cianosis, dilatación de las venas del cuello, expectoración sanguinolenta ó serosa abundante, parálisis pasagera, delirio y coma.

Si en la gripe complicada con pulmonía existen estas circunstancias, estará indicada la sangría. Por lo tanto ella no constituirá tratamiento especial del conjunto morboso gripe.

Entrando de lleno en el estudio de los fármacos empleados en la gripe, no iré exponiendo uno á uno los planes seguidos por diversos autores; prefiero seguir las modificaciones que ofrezca la enfermedad; es necesario hacer el análisis clínico, conocer los elementos morbosos predominantes, aquellos que conviene acallar para disminuir el peligro. No describiré el tratamiento de la gripe variedad por variedad, porque sería una repetición no sólo de fórmulas, sí que también de ideas; seguiré el proceso, diferentes modos de ofrecerse y sus complicaciones con la mayor hilación posible, haciendo notar los escollos que debe sortear el clínico frente á enfermo de tal calidad.

Por lo dicho anteriormente comprúndese que lo primero que conviene al enfermo de gripe es ponerse en cama y procurar la *diaforesis,* ya mediante infusiones calientes de té, jaborandi ó de bebidas aromáticas, ya con el uso de los polvos de Dowero (medicamento galénico de eficacia incomparable), ya con el acetato amónico.

Si hay trastorno gástrico y tendencia al vómito, podrá prescribirse un *laxante,* siendo conveniente no usar drogas irritantes porque estimulando el intestino facilitarían la localización entérica de la gripe. Conviene que el enfermo esté en habitación fácil de ventilar, grande, para poder disminuir cuanto sea

posible la viciación del aire; además se procurará sostenerla siempre á una temperatura constante.

Las demás prescripciones higiénicas las solventará el práctico según las circunstancias del caso.

FIEBRE.—*Quinina.*—Ya hemos visto el papel que en la profilaxis de la gripe representa la quinina. ¿Cuál es su valor en la enfermedad una vez desarrollada?

Gellie (*Academie de Médecine, Prog. médical,* 1891), refiere que hace mucho tiempo que la quinina se ha empleado en el tratamiento de la gripe, pues Herard y Dartigolles la prescribieron hace 17 años. Según el autor obra la quinina como agente neurosténico y antiséptico, dando buenos resultados en todas las formas de la gripe. Abrevia la duración de la enfermedad, previene las complicaciones graves y particularmente las pulmonares. La administra en una sola dosis por día ó en dos dosis muy aproximadas. La antipirina cree que no puede reemplazar á la quinina.

Ya el Dr. Carrere, hace más de 25 años, en una memoria que publicó sobre el tratamiento de una epidemia catarral que presenció en Estrasburgo, demostró la eficacia del sulfato de quinina.

Bourgogne, de Lille, ha sido uno de los que más han preconizado la quinina en la gripe, llegando á dar fórmulas especiales para looques y pastillas que contienen quinina.

En todas las Sociedades médicas se han citado los buenos efectos que la quinina produce en la gripe. Y se comprende que así sea. No es la quinina á dosis regular agente antitérmico; debe darse para lograr este resultado en cantidades considerables; obra mejor como tónico, como regularizador de las funciones del sistema nervioso.

La quina ha entrado en terapéutica como agente antimalárico. Su boga fué grande en los primeros tiempos de su importación; pero después vino una reacción y rechazaron los médicos su uso: unos por aversión á toda novedad y otros según dijo Ruíz en su *Quinología* (edición de 1795, p. 5), fundados en el aforisme de Hipócrates que dice: «Deben reputarse las fiebres como una excreción que la naturaleza evacua de la materia morbífica.»

A pesar de todas las objeciones su uso se ha hecho general. Es verdad que no es conocido su modo íntimo de obrar, es verdad que aún hoy reina el empirismo acerca su acción fármaco-dinámica; pero son indudables sus efectos y nadie tiene ahora de ellos la menor duda, en tanto que en algunos casos posee la virtud de la especificidad de acción curativa.

Muchas teorías se han emitido para explicar su acción. Se conocen la química de Nothnagel, la dinámica de Gubler, la hipercinética de Tamburrini, la neuro-muscular de Rabuteau y la ecléctica de Hayem y Gimeno.

La acción principal de la quinina se efectúa sobre el sistema nervioso. A las tres horas de haber tomado 20 centigramos de bromhidrato de dicho alcaloide, se experimenta cierto estímulo general; se acelera el pulso y se llenan las venas subcutáneas; hay mayor facilidad en los movimientos y la inteligencia se aclara. Parecen los efectos de uno ó dos centígramos de extracto de opio, sin observar la sequedad de la boca y fauces que este ocasiona y sin que sobrevenga más tarde la pesadez cerebral, agradable, sin embargo, que incita al sueño, sino que tales efectos primitivos van desapareciendo paulatinamente.

Este estimulo característico de las dosis pequeñas de quinina lo hemos visto en enfermos de catarro gástrico con temperatura febril de 38° ó 38°3, á quienes hemos administrado con objeto de experimentación y como indicación terapéutica, dosis de 25 á 40 centigramos de bromhidrato de quinina; al revés, dosis diarias de un gramo ó de un gramo y medio han producido abatimiento y silbido de oidos, síntomas que atribuímos á intoxicación. De modo que si este cuerpo obra como antitérmico, podemos suponer con Schmiedeberg, que es por efecto de colapso.

De la misma manera que evita la aparición de nuevo acceso febril, priva la presentación de accesos dolorosos, por la acción frenetriz que tiene sobre el sistema nervioso, impulsor de todas estas manifestaciones. De modo que no ataca la fiebre, sino que evita las exacerbaciones febriles, siendo en todas sus aplicaciones el remedio de la periodicidad.

Desde los antiguos estudios de Binz acerca la acción de la quinina sobre los proto-zoarios, sabemos que tiene acción innegable sobre el protoplasma celular. Conocidos los estudios es Metchnikoff relativos á la fagocitosis, ¿es dable suponer que este medicamento dá mayor actividad y resistencia á los elementos mono-celulares orgánicos llamados leucocitos, para poder atacar á los parásitos microscópicos que invaden al hombre, siendo causa de numerosas infecciones? Es muy probable, casi seguro; y más es racional admitir esto, que suponer que destruye por acción tóxica (microbicida) á los numerosísimos vegetales microscópicos que pululan en el seno de nuestros tegidos en caso de enfermedad.

Acido salicílico.—Se ha querido substituir á la quinina por el ácido salicílico en el tratamiento de la influenza. El Dr. Furner, según refiere en *The Lancet* del 18 de Julio de 1891, asistió durante los años de 1890 y 1891 á más de 200 enfermos de influenza y en todos logró excelente resultado con este cuerpo.

Al comenzar la epidemia contrajo el autor la influenza. Tomó cada hora un gramo de ácido salicílico y su temperatura que estaba á 40° á las cinco de la tarde, había descendido al nivel normal á las ocho de la noche. Habían desaparecido los dolores y el malestar, de modo que pudo pronto salir y dedicarse á sus ocupaciones profesionales, sintiéndose sólo ligerameute débil y deprimido. Desde este momento empleó el ácido salicílico en cuantos enfermos de gripe asistió; á pesar de administrar fuertes dosis no observó trastorno alguno y á las veinticuatro horas se iniciaba en ellos la convalecencia, siendo insignificante el malestar y quebrantamiento consecutivos.

De modo que le considera el mejor medio de tratamiento y hasta el específico de la gripe.

¡Lástima que otros prácticos no hayan confirmado lo dicho por Furner!

Fenacetina.—La fenacetina ó mejor para-fenacetina, cuyas propiedades antipiréticas fueron dadas á conocer en Febrero de 1887 por Kast é Hinsberg, fué considerada como excelente medicamento antipirético, sin que determinase desórdenes consecusivos (náuseas, sudores, cianosis, etc.), como la antipirina, la talina, etc., etc. Kobler y Hoppe dan 50 centígramos ó un gramo de una sola sola vez y Dujardin-Beaumetz aseguraba que la defervescencia sobrevenía á las cuatro horas de la administración y duraba de siete á ocho. Goza además de propiedades analgésicas.

El Dr. Henry la recomendó en el primer período de la influenza *(The Times and Register,* Julio, 1891); sus efectos son rápidos y sorprendentes, pues los mismos enfermos la prefieren á los otros medicamentos. Uno de los síntomas, quizá el más molesto, que más pronto desaparece es la cefalalgia; alivia, pero no hace cesar, el quebrantamiento de los miembros. La dosis á que la administraba era la de 25 centígramos cuatro veces al día, hasta que cesase el dolor de cabeza.

El Dr. Bande *(Bulletin médical du Nord,* 1891), ensalza grandemente á la fenacetina como agente antipirético y analgésico en el tratamiento de la gripe, según el estudio que de ella ha podido hacer en el hospital militar de Lille. Su acción es rápida y no produce como la quinina y salicilato sódico ruido de oídos y aquella especie de borrachera que les caracteriza; aumenta la secreción de orina y no puede determinar acumulación y de consiguiente fenómenos tóxicos. La cantidad diaria variaba entre 1 gramo á 1'50 en cuatro tomas, separadas una de otra por intervalo de tiempo sensiblemente igual. El alivio empieza desde la primera toma. La temperatura baja con rapidez; cesan los dolores; desaparece la fatiga, aunque lentamente; la orina aumenta, y una transpiración abundante, aunque no penosa, señala el fin de la enfermedad.

En 24 ó 48 horas todo el mal termina y entra el enfermo en convalecencia, según dice el autor.

Los señores Fussell y Fenn, que publicaron la relación de la epidemia de gripe que se desarrolló en Filadelfia en 1890 (*Bull. de Thérap.*, 15 de Marzo de 1892, p. 231), asociaron en las formas dolorosas de esta enfermedad el salol á la fenacetina.

Salol.	4	gramos.
Fenacetina.	2	»

Para doce obleas; una cada tres horas. Esta fórmula puede darse, añaden, hasta en la bronquitis acompañada de dolores.

Estas circunstancias hacen equiparar la fenacetina á la

Antipirina.—Esta substancia usada en alta escala contra la gripe, fué introducida en terapéutica como agente autipirético (de ahí su nombre); pero habiendo descubierto en ella propiedades analgésicas, se empleó en múltiples estados nerviosos acompañados de escitabilidad, especialmente sensitiva. De ahí se comprende la importancia que su uso terapéutico pudo tener desde los primeros momentos en la epidemia de gripe, superior hasta á la quinina y, en especial, en aquellos casos en que conviene obrar con rapidez. Y es que á más de las acciones antipirética y analgésica posee cierta propiedad constrictora vascular, que indica su empleo en algunas hemorragias, especialmente aplicándola sobre la brecha vascular; pero también obra así dada al interior como ocasión he tenido de comprobarlo en algunas metrorragias.

Por lo tanto, siendo la antipiresis, analgesia y constricción vascular, las acciones clínicas de la antipirina, se comprende cuan ventajoso será su empleo en la gripe, en cuya dolencia hay fiebre, dolores varios y focos hiperémicos en diversos puntos del organismo, desde la piel al sistema nervioso central.

Las ventajas de su uso se lograrán sólo con tiento; precisa conocer la dosis que al enfermo convenga, según el estado del pulso (frecuencia, ritmo, etc.,) según la integridad cardíaca y pulmonar, la tendencia que tenga el enfermo á refrigerarse, las condiciones del sudor (natural ó frío); etc., etc.

Salipirina.—Es el salicilato de antipirina, llamado también *salazolona*, cuerpo preparado por el químico italiano Sr. Spica y estudiado por el profesor Chirone, quién la recomendó por sus efectos antipiréticos y analgésicos.

Dada la acción de los componentes, el Sr. Hering (*Algemeine Medical Central Zeitung*, 1891-93) pensó emplearla en los casos esporádicos de gripe; el resultado fué satisfactorio y pudo comprobar perfectamente todo su alcance en la epidemia de gripe que se desarrolló en Konisberg en la primavera de 1891. Conociendo la acción curativa de la salipirina en las mialgias y neuralgias reumáticas y fundándose en su inocuidad absoluta, intentó su empleo casi con seguridad de que sería provechoso en la gripe. Si la antipirina, dice, puede trastornar el funcionalismo cardíaco, parece que combinada con el ácido salicílico, pierde esta acción, conservando su eficacia general.

Sobre todo obra la salipirina en las formas nerviosas y cardíacas de la gripe. También su acción es notable en las formas pulmonares y gástricas, pero en este caso debe asociarse á medicamentos pectorales ó á desinfectantes intestinales.

La salipirina se disuelve dificilmente en agua; sin embargo, puede administrarse en este vehículo de la siguiente manera, según fórmula de Hering.

Salipirina.	6	gramos.
Glicerina.	14	»
Jarabe de frambuesas..	30	»
Agua destilada. . . .	40	»

Una cucharada grande cada media hora.—Es prudente no pasar *pro die* de la dosis señalada.

Si bien dicen Hering y Mosengeil que puede considerarse la salipirina específico de la gripe, añaden que no deben olvidarse las indicaciones que manifieste el análisis clínico.

Ya hemos visto las indicaciones de la antipirina en esta enfermedad; y si son verídicas, en todos sus extremos, las afirmaciones del Dr. Furner respecto á la acción del ácido salicílico, no es extraño, pues, que de la acción de ambos agentes, resulte un cuerpo que obre eficazmente contra esta enfermedad.

Exalgina.—También podemos recurrir á la exalgina, especialmente en las formas dolorosas, substancia que puede ir al lado de la antipirina como analgésica, pero no como antitérmica.

Dujardín-Beaumetz, que tanto la preconizó, dió á conocer esta fórmula:

Exalgina.	2	gramos 50 centígramos.
Alcoholato de menta . .	10	»
Agua de tilo.	120	»
Jarabe de azahar. . .	30	»

Una cucharada grande mañana y noche.

Creosota.—Uno de los fármacos que fueron muy alabados en la epidemia de 1889-90 fué la creosota. Iselín *(Wiener Med. Wochens.* Enero de 1892) la recomendó por su acción antiséptica á la dosis de 1 gramo en 24 horas, administrada en píldoras de cinco centígramos cada una. Añade que dió cinco gramos diarios siendo bién tolerada.

CAPÍTULO II.—Tratamiento de las diversas formas

Terapéutica de la forma de gripe que interesa el aparato respiratorio.—Idem el aparato digestivo. —Idem de la nefritis gripal.—Idem de la forma nerviosa.—Accidentes de la convalecencia. —Tratamiento de las complicaciones.—Alimentación en la gripe.—Conclusión.

Pasando á estudiar los medios empleados para combàtir las diferentes formas con que la gripe se manifiesta, me fijaré primeramente en la que interesa el *aparato respiratorio.*

Conviene desde el primer momento aliviar la opresión torácica que siente el enfermo y el escozor ó la sequedad que experimenta á la entrada del aire, para lo cual puede recurrirse á las inhalaciones de vapor de agua, siendo preferible la que lleve hierbas ó partes de vegetales aromáticos (hojas de eucalipto, sumidades de romero, etc.).

Entre las inhalaciones de substancias medicamentosas se ha empleado el *ictiol.* Lorenz lo ha usado en la proporción de 2 % en 80 casos de gripe. Ideó tal procedimiento fundado en el hecho de que la mucosa respiratoria está invadida por un microbio, como la piel lo está en caso de erisipela, y como en ésta se emplean con éxito las aplicaciones de dicha substancia, desde que la aconsejara Nussbaum, supuso que de igual modo obraría el ictiol al interior en los casos de bronquitis gripal.

Empleó dichas inhalaciones en 110 enfermos, de los cuales elimina 30 casos dudosos; de modo que quedan 80, que son los citados. En éstos el restablecimiento completo se obtuvo en pocos días. Algunos obtuvieron alivio desde la primera inhalación y después de la segunda pidieron que les fuese repetida. Cada sesión duraba de 15 á 20 minutos; además se evaporaba continuamente ictiol en la habitación. En 66 casos la tos cesó á las 5 ó 10 inhalaciones; la expectoración desaparecía al segundo día y los síntomas odjetivos de catarro brónquico cesaban coetáneamente.

La mucosa nasal se modificó considerablemente con el uso del ictiol; el flujo disminuyó enseguida y no quedaban señales de él después de 10 inhalaciones.

A los pacientes que se quejaban de desórdenes gástricos dió Lorenz el ictiol al interior y el apetito volvía á los 2 ó 3 días, y en ocho casos graves reapareció á los 4 ó 5.

En las formas catarralés del aparato respiratorio aconsejó Dujardin-Beaumetz el empleo del *acónito* asociado de esta manera: en una taza de leche caliente ó de infuso de capilera, mezclaba dos cucharadas grandes de jarabe de bálsamo de Tolú, una de café de agua de laurel cerezo y diez gotas de alcoholaturo de raíz de acónito. Daba al día tres tazas del infuso así preparado.

Una sal que obra como diaforético y expectorante á la vez, puede emplearse desde el comienzo de la gripe: tal es el *clorhidrato amónico.* El médico francés Marotte, recordando que el amoníaco se usaba en las intermitentes cuando no se poseía la quinina, tuvo la idea de emplear el clorhidrato de amonio contra la tos tenaz y periódica de la gripe y de la coqueluche, encerrado en obleas que contenían 50 centígramos, llegando á dar al día de 3 á 5 gramos. Y recor-

daba este señor en la *Academia de Med.* de París en 1891, que muchos años antes se había ocupado de la acción eficaz que tiene la quinina en la pleuritis aguda que denominó *pleuresía catarral* ó *fiebre catarral pleurítica.* Emulo de este alcaloide es el clorhidrato amónico, pues en esta misma enfermedad, que cede tan bien á la quinina, obra perfectamente dicha sal.

En la forma de gripe respiratoria que obra mejor, según mis observaciones, es en la que se acompaña de *congestión pulmonar;* enfermos que parecían asfixiarse hánse aliviado notablemente al cabo de 8 ó 10 horas y obtenido la curación al cabo de 4 ó 5 días.

Sobrevienen en el curso de la gripe manifestaciones flogísticas en el aparato respiratorio, las cuales, como ya hemos visto, son producidas por la pululación local de nuevos microbios que encuentran vida en aquella superficie que les deja dispuesta la infección gripal; tales son las bronquitis y las bronco-pneumonías y las llamadas pulmonías gripales determinadas por el pneumococo.

Se comprende que en estos estados podremos apelar á los recursos habituales: á los infusos ó cocimientos expectorantes, á los antimoniales, si bien con moderación, al benzoato de sodio, etc., éste especialmente, porque no sólo obra sobre el aparato respiratorio, sino también sobre el renal, cuya acción puede ser sumamente útil en caso de existir nefritis glomerular, tan común en la gripe.

Al sobrevenir congestión pulmonar con ó sin rotura de los capilares, puede apelarse á la ergotina, cuya acción en estos casos es notabilísima, pues varias veces la he usado con provecho en toda clase de procesos pulmonares agudos, hasta en la pulmonía, cuyos síntomas modifica, sin que por esto mengüe el curso evolutivo de la enfermedad. Y preferiría la ergotina al clorhidrato amónico, indicado por Marotte, aunque en casos de congestión pasiva pueden obrar muy bien los dos agentes asociados en la misma poción. Si bien no tengo experiencia del clorhidrato, la tengo del acetato amónico, que unido á la ergotina produce resultados preciosos. Esto nos prueba, dada la acción tónico-vascular de la ergotina, que en muchos procesos pulmonares debe atenderse al estado del aparato circulatorio, que en la pulmonía, como Huchard ha dicho, el daño está en el pulmón y el peligro en el corazón; de ahí depende el empleo en la pulmonía de los tónico-cardíacos y especialmente de la cafeina, de la cual se ha hecho panegirista el citado Sr. Huchard.

En algunos casos puede apelarse á la revulsión torácica y especialmente para resolver las flógosis que se manifiestan con cierta torpidez; no porque crea que por el sitio de aplicación tenga lugar la expulsión del principio morbífico, ni que obre por aquella ley *duobus laboribus simul obortis...,* de Hipócrates, ya más cercana á la verdad, sino porque de allí, el punto irritado, parte un estímulo nervioso, corriente centrípeta del reflejo, que al volver al exterior, al convertirse en centrífuga, va á modificar el proceso flogístico produciendo un fenómeno vaso-motor y trófico distinto del existente, y porque, además, la revulsión modifica favorablemente, si la impresión no es muy intensa, los sistemas circulatorio y nervioso. Puede recurrirse á la revulsión del pneumo-gástrico, ya que muchos síntomas propios de la gripe denotan que está afectado; y nada se perdería en aplicar un vegigatorio á cada lado del cuello, á semejanza de lo que el inglés Hasting ha aconsejado en el tratamiento del cólera.

Graves rechaza la revulsión ulcerosa (vegigatorio) en la gripe, pues aumenta con su estímulo los fenómenos que se intenta combatir; en cambio prefiere las aplicaciones de agua caliente sobre la región traqueal.

Huchard tampoco recurre á los vegigatorios, porque al ocuparse en la Sociedad de Terapéutica de París en 1897, del tratamiento de las pneumonías gripales, ha dicho que la principal indicación de los vegigatorios consiste en no estar indicados. En las fuertes bronco-pneumonías recomienda Rendu la sábana mojada que puede aplicarse dos ó tres veces al día. Con ella se logra estímulo ge-

neral, sustraer calor al enfermo, el que reaccione con la transpiración y además la diuresis; desciende de este modo la temperatura y no hay peligro de colapso ni de intoxicación como con el uso de los antitérmicos, v. gr., la antipirina.

En toda pneumonia hay un órgano que debe luchar de contínuo contra la dificultad circulatoria del pulmón, órgano que es necesario sostener y fortalecer desde el principio de una manera casi sistemática, antes de que se afecte su funcionalismo y contractilidad; tal es el corazón. Este órgano tanto se halla afectado en su influjo nervioso como en su elemento muscular. Puede existir, dice Huchard, la causa de error siguiente: puede hallarse un pulso fuerte, vibrante, un órgano cardiaco que late con ímpetu y se cree por esto que está dotado de suficiente fuerza. Esta es ficticia; el corazón se contrae así porque lucha y de esta lucha vendrá después la caída. Por tal motivo da Huchard la digital desde el comienzo de toda pulmonía á semejanza de Hirtz, Traube, Coblentz, etc.

De consiguiente, en la prescripcion de la digital en las pulmonías, no se buscan sus efectos antitérmicos, sino los tónicos cardíacos y además los diuréticos, con el fin de asegurar la expulsión de las toxinas en el cuerpo elaboradas.

Emplea no la digital, sino la digitalina cristalizada, en sol. al milésimo, dando una cantidad que represente 1 miligramo de ella, la que equivale á 4 milígramos de digitalina amorfa.

Creo que si el peligro no es amenazador puede recurrirse al infuso ó maceración del polvo de las hojas, á la dosis que según la edad y estado del enfermo considere el médico necesaria.

Si la astenia nerviosa es considerable y peligra el colapso cardíaco, recurre Huchard á las inyecciones alcanforadas, cuya fórmula es esta:

Aceite de oliva esterilizado.	100 gramos.
Alcanfor.	10 »

Inyéctese una jeringa de Pravaz tres ó cuatro veces al día.

Tales inyecciones no son dolorosas si se tiene la precaución de perforar todo el grosor de la piel.

Poulet, de Plancher-les-Mines *(Soc. de Thér.*, de París, 23 Octubre, 1895), administró 5 centígramos diarios de clorhidrato de *pilocarpina* á 108 enfermos de pneumonia gripal y obtuvo la curación en todos, menos en 4 que fallecieron, habiendo durado el tratamiento sólo dos días en la mayoría y en pocos se necesitaron tres. Respecto á este tratamiento se pronuncian desfavorablemente los señores Weber y Ferrand, suponiendo que la dosis de pilocarpina es alta y que puede determinar trastornos cardíacos.

Y á continuación puedo hablar de las formas llamadas cardioplégica y broncoplégica, manifestaciones probables de parálisis bulbar, las cuales se combatirán con revulsivos, estimulantes, alcohólicos, inyecciones deé ter y sobre todo de cafeina y esparteina, pudiendo apelarse á la combinación de la cafeina con el benzoato sódico para que éste la haga soluble, según indicaciones de Tanret:

Cafeina y benzoato de sodio, aa. . . .	2 gramos.
Agua hervida.	6 »

Dos ó tres inyecciones diarias.

Entre los medios más activos y extraordinarios que en el curso de la epidemia de 1889-90 se emplearon, cuéntase la práctica de G. Sée, quien, según expuso Capitán en la *Soc. de Biología,* de París, había inyectado en la tráquea para combatir algunas pneumonias, 350 c. c. de 1 sol. de 20 centígramos de naftol.

Los desórdenes del *aparato digestivo* consecutivos á la gripe, deben tratarse

con los agentes antisépticos. No hay persona que al hallarse indispuesta durante una epidemia de gripe no tome un purgante; tanto es así que llegó á abusarse de las purgas en la de 1889-90. Continúa la enfermedad apesar de la evacuación intestinal, evolucionando la infección griposa; pero hay la ventaja inmensa de que se ha librado en parte al organismo de uno de los principales peligros: el que subsigue á la infección intestinal.

Ya he mencionado la opinión de Vallin que considera la antisepsia bucal poderoso profiláctico de la gripe; pero conviene también, una vez esta haya invadido, continuar practicando la limpieza de la boca, porque como en esta cavidad anidan muchísimas variedades de microbios, puede alguno de ellos, p. e. el pneumococo, los de la supuración, etc., hallar condiciones abonadas á su desarrollo y determinar una pneumonia el primero ó bien si esta ya existiese, pueden los otros hacer que termine por supuración. Si contra la infección primitiva no hemos podido hacer nada, cuando menos hagamos algo, ya que más fácil es, para evitar las secundarias.

Los trastornos del estómago si consisten en vómitos, se combatirán con los medios adecuados (limonadas efervescentes, poción de Riverio), evitando cuanto se pueda el empleo de los opiados, cuya acción, aunque notable, es á veces contraproducente, pues conviene en la gripe regularizar las funciones, volverlas á su carril, pero no adormecerlas y entonces suponerlas normales, al ver que no se manifiestan desordenadas por haberlas puesto como paréticas.

Si existiese diarrea, síntoma al principio raro, se combatirá con sales anexosmóticas, pudiendo preferirse á todas el salicilato de bismuto. Y para evitar la infección intestinal, que en la gripe no es raro exista, puede recurrirse al betol, naftol ó salol.

La antisepsia del tubo intestinal tiene la inmensa ventaja de que disminuye la carga hepática. Esta glándula puede perturbarse en la gripe y si no destruye convenientemente los venenos orgánicos, especialmente aquellos que en grande cantidad le llegan del intestino, resulta nuevo trastorno que se añade al existente.

Y como también pasan en exceso por el riñón estos productos nocivos, se perturban sus funciones y sobreviene albuminuria; aparece auto-intoxicación, la cual va en aumento, porque como el organismo produce continuamente abundantes cuerpos nocivos, no hallan entonces salida por ninguno de los emuntorios.

Aparte de la antisepsia intestinal conviene recurrir á medios que faciliten la expulsión de estos cuerpos orgánicos. De ahí la necesidad de ciertos diuréticos. Si por acaso, ó mejor dicho, por necesidad, hemos de emplear la digital si existe pulmonia, obrará activando la diuresis por su acción cardio-vascular; pero un medio extremadamente util es la leche. Ese líquido sirve de alimento al enfermo, obra como diurético y no aporta al organismo nuevas substancias perjudiciales, como hace el caldo. Este daña en ciertas nefritis, porque contiene creatina, xantina, etc., substancias orgánicas excrementicias que añaden sus efectos á los propios de las toxinas elaboradas por las células enfermas y retenidas en la sangre é intimidad de los tegidos. Además la leche es pobre en sales de potasa, cuyas sales contiene el caldo en cantidad crecida y ellas son bastante nocivas.

Esto nos basta para comprender el tratamiento que debe seguirse en caso de *nefritis gripal*. Ya he citado el benzoato de sodio apropósito de los agentes que se prescriben en los afectos pulmonares; aqui acabo de exponer las virtudes de la leche. A más puede recurrirse á la revulsión lumbar, no empleando los cantaridales, sino el vegigatorio amoniacal, las fricciones estimulantes ó el esparadrapo inócuo de resina de *Thapsia gargánica*.

En la *forma nerviosa* predominan los dolores; ya me he ocupado de los agentes analgésicos y nada he de repetir referente á ellos y de las indicaciones que cumplen. Si existe hiperemia encefálica no hay peligro alguno en emplear el saco de nieve, lo propio que la revulsión; medios que pueden emplearse también si se fragua meningitis medular ó mielitis.

Muchos desórdenes cerebrales dependen de la perturbación nutritiva de las células del cérebro, la cual va unida á la que existe en todos los órganos como propia de la infección. De consiguiente, no necesitan muchas veces tratamiento especial, porque los tónicos en general y los cardíacos en particular cumplen toda la indicación. Es igual á lo que sucede en la tifoidea, que en ella la quina, la cafeina, el espíritu de Minderero y algunos pocos agentes más, bastan para satisfacer todas las indicaciones del período ataxo-adinánico.

El *insomnio* es frecuente en la gripe y algunos lo combaten con el opio (Bilhaut), como se recurre también á la morfina en caso de dolores muy vivos (Dujardin-Beaumetz). Pero hemos de distinguir bien qué causa sostiene aquel insomnio: si es debido á anemia, por falta de riego del cérebro, estará bien indicado y surtirá efecto; pero si la causa es la infección, que ha dañado el elemento celular nervioso, tal vez sea contraproducente y mejor será el cloral ó los estimulantes difusivos ó la refrigeración local, medios que el práctico debe saber escoger con tiento.

Nada diré de las parálisis, trastornos intelectuales ú otros que subsiguen á algunos casos de gripe; pues su tratamiento debe basarse en los medios clásicos convenientes á cada caso, que detallan las obras de Patología y Terapéutica.

A propósito del tratamiento de las *lesiones paralíticas* consecutivas á la gripe, he de mencionar un caso de curación relatado por los señores Apostoli y Planet en la *Revue de Médecine,* del 10 de Julio de 1898, relativo á un caso de mielitis consecutiva á la gripe que había producido paraplegia espasmódica, atrofia muscular en ambas manos, trastornos de la sensibilidad y desórdenes motores del recto y de la vejiga. Practicaron la galvanización ascendente de la médula (el polo positivo en el sacro y el negativo en la nuca; intensidad de 10 miliamperes durante cinco minutos; sesiones cotidianas) é interiormente administraron dosis pequeñas de ioduro de potasio.

Se han recomendado fórmulas diversas para combatir las *manifestaciones dolorosas* de la gripe. En efecto; tenemos el salicilato de sodio, el bromuro de potasio, la quinina, la antipirina, que prescribiremos al interior, y el salicilato de metilo para aplicaciones externas, pudiendo recurrir á esta pomada según fórmula del Dr. Capitán:

Vaselina	aa. 15	gramos.
Lanolina.		
Salicilato de metilo.	4 ó 6	»
Guayacol.	3 ó 4	»

También puede recurrirse á la pomada de Bourget, con ó sin extracto de belladona:

Vaselina	aa. 15	gramos.
Lanolina.		
Esencia de trementina. . . .	3 á 6	»
Acido salicílico.	6 á 8	»

Recomienda el Sr. Capitán las inyecciones intramusculares de antipirina:

Antipirina. . . . . 10 gramos.
Clorhidrato de cocaina. . . . 30 centígramos.
Agua destilada c. s. para un volumen total de 20 c. c.

Se inyectarán una ó dos veces al día uno ó dos centímetros cúbicos de esta solución.

Los *desórdenes oculares* ya entran en el terreno de la especialidad, pues

los médicos generales que tratamos griposos no entendemos de enfermedades de la visión, excepto en las manifestaciones catarrales de la conjuntiva que combatiremos con los medios antisépticos habituales.

Respecto las *enfermedades auditivas* ya es distinta la cuestión, cuando menos en algunos casos. Si por el síntoma dolor y otros fenómenos locales comprendemos que existe supuración en la caja, no haremos ningún daño, mientras se espera que el enfermo se ponga bajo el cuidado de un médico aurista, en aplicar alguna pomada iodurada en la apófisis mastoides y región pre-auricular, en practicar inyecciones de agua caliente en el conducto auditivo externo, instilaciones de glicerina con cocaina, de glicerina con aconitina, etc. Y si tanto el dolor arrecia y es indudable la existencia de pus en la caja, podremos hacer con una aguja desinfectada la puntura del tímpano.

Y no hablo del cateterismo de la trompa de Eustaquio, que, aunque fácil, carecen de táctica para efectuarlo la mayoría de prácticos y entra más en el terreno del especialista.

Los *accidentes de la convalecencia* son los más duraderos; aunque no ofrezcan gravedad por sí, son lentos en desaparecer; y digo que no son graves, porque las complicaciones que vienen después de la gripe no las considero en el período de la convalecencia. Esta se caracteriza por astenia considerable. Casi toda la medicación debe dirigirse al sistema nervioso. Conviene realzar las fuerzas digestivas con líquidos eupépticos y ninguno entre ellos goza de tanta actividad como la solución de ácido clorhídrico ó de clorhidro-fosfato de cal y en particular, como es de presumir, que exista aclorhidria gástrica.

La administración del hierro y del arsénico son indispensables y sobre todo lo es la estricnina. Los arsenicales lo serán tanto más, si, como es probable, se ha interesado el bazo. Además, si el estómago lo permite, puede apelarse á la quinina á pequeñas dósis. En la convalecencia, lo propio que en el curso de la enfermedad, puede darse, según Huchard, fosfuro de zinc y hasta el fosfato de sosa, porque ha visto en la orina falta de sales de fósforo por escasear este metaloide en el organismo y piensa suplirlo con dicha administración. Entre los tónicos vegetales se ha hecho especial mención de la nuez de *acajú*, fruto de la terebintácea *anacardium occidentale*, indicada por Cazenave (1890) contra la debilidad é impotencia nerviosas.

*
* *

No me ocupo del tratamiento de las complicaciones (apendicitis, meningitis, nefritis, etc.) y de las infecciones secundarias, porque las reglas propias que conocemos para cada una de estas enfermedades, tienen aplicación en las que sobrevengan después de la gripe.

*
* *

De la alimentación en la gripe. En las bases expuestas al comenzar el estudio del tratamiento de la gripe y al ocuparme de la terapéutica de la gripe de forma digestiva, ya he dicho que en esta infección lo propio que en las otras, debe procurarse no introducir en el organismo elementos tóxicos, considerando como tales los que pueden llevar consigo ciertos caldos y extractos de carne, siendo de suma utilidad el uso de la leche.

Por lo tanto, se debe procurar que el enfermo ingiera este líquido, y se hará que lo tolere, si le entra repugnancia, con la adición de infuso de café, agua de canela, agua de cal, etc. Con la leche se tienen en buen estado las vías digestivas, se evitan muchas fermentaciones anómalas que el caldo favorecería y también se sostiene la diuresis, de tanta necesidad en las infecciones. Además, como es exigua ó nula la cantidad de tóxicos introducidos, no aumentan así los ya existentes en el organismo y no es tan facil que sobrevengan complicaciones hepáticas y en particular renales, que tanto son de temer.

Esto no quiere decir que haya de suspenderse en absoluto el uso del caldo. Lleva este alimento líquido, abundantes sales que son de absoluta necesidad para los fenómenos de nutrición, sales que tal vez en varias circunstancias no proporcionaría la leche, saliendo ello en perjuicio grande para el pobre enfermo. En cada sujeto debe obrar el práctico según las condiciones particulares del caso clínico.

A medida que mejore el enfermo deberá cambiarse la alimentación; podrá ser más nutritiva, más sólida, procurando siempre que las vías digestivas tengan la debida aptitud para recibirla, ya con el uso de eupépticos, de ácidos, etc., etc.

*
* *

Concluyo aquí lo que atañe á la terapéutica de la gripe y con ello esta Memoria. No he citado más substancias medicamentosas aunque sean muchísimas más las empleadas y, como es de suponer, elogiadas todas por sus introductores. Todo medicamento propuesto puede estar seguro de éxito asombroso; pués la mortalidad de la gripe es exigua y con cualquier agente acológico se puede estar seguro de obrar con eficacia en 97 por 100 de los casos.

No existe agente específico contra esta enfermedad. Aunque se hallase, no podríamos dejar de cumplir indicaciones diversas que el análisis clínico descubriría en cada enfermo. Todo el tratamiento de la malaria no consiste en la ingestión de quinina: hay comunmente otras perturbaciones que combatir; y tampoco en la sífilis quedamos ceñidos al uso de los preparados de mercurio.

El Dr. Talamón en un artículo de crítica que insertó en el periódico que dirige, *La Médecine moderne* (1892, pág. 63), hace á propósito del tratamiento de la gripe esta consideración y á ella me adhiero porque creo que expresa francamente la verdad:

«Todo obra bien y con seguridad contra la gripe, mientras el enfermo no sea viejo, ni esté muy debilitado, ni sea diabético, albuminúrico, cardíaco, catarroso, ni esté afecto de ninguna complicación pneumónica, pleurítica ó de otra clase.»

ÍNDICE

LA GRIPE

(NATURALEZA, FORMAS Y TRATAMIENTO)

Formas de la gripe

Páginas

Tratamiento de la gripe

